НАРОДНЫЙ
УНИВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ ЗДОРОВЬЯ

7/8-88

ТЕМА ВЫПУСКА

ЦЕНА РИСКА: НРАВСТВЕННОСТЬ И ЗДОРОВЬЕ

НАРОДНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Издательство «Знание»

ФАКУЛЬТЕТ
ЗДОРОВЬЯ

Издается
с 1964 г.

7/1988

В. В. Покровский,
А. Д. Плецитый

СПИД: ВОПРОСЫ и ОТВЕТЫ

8/1988

Ю. К. Скрипкин,
О. Т. Тесалова,
Г. К. Грачева

ПЬЯНСТВО И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

Тема выпуска

ЦЕНА РИСКА: НРАВСТВЕННОСТЬ И ЗДОРОВЬЕ

В РУБРИКАХ ЧИТАЙТЕ:

в чем заключается залог успеха в борьбе со СПИДом, об особенностях стратегии профилактики СПИДа в нашей стране; о новых инфекциях, об опасности гомосексуальных контактов, о ранних признаках заболевания СПИДом; о новостях в диагностике и лечении болезней, передающихся половым путем;

беседы со специалистом, ведущим прием в кабинете анонимного обследования на СПИД; с главным редактором журнала «Трезвость и культура»;

о возможностях самовнушения в профилактике и реабилитации неалкогольной наркомании и пьянства; как проверить свои знания о венерических болезнях, оценить риск сомнительного поведения в быту и в интимной жизни;

о том, как сделать свою фигуру изящной; как предупредить супружеские измены; о нравственном прозрении и могуществе любви к человеку;

о древности венерических болезней и страницах истории их распространения, о палеопатологии человека;

как боролись с пьянством на Руси (фрагмент народной картинки воспроизведен на нашей обложке с редкой гравюры 1839 года).

Издательство «ЗНАНИЕ» Москва 1988

Содержание выпуска

Редактор В. АЛГУЛЬЯН

Эмблема, символизирующая кампанию по информированию общественности всех стран, проводимую Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) с 27 мая 1987 года под девизом «Всеобщими усилиями СПИД будет остановлен».

ОТ РЕДАКЦИИ

Два красных сердца, сливающихся в голубой маске страха, олицетворяют и серьезность угрозы эпидемии, и возможность победы над ней объединенными усилиями всех стран и народов. Целью стратегии провозглашено: положить конец распространению СПИДа, способствовать борьбе с ним во всех странах, используя для этого любые имеющиеся средства в области науки и просвещения.

В этой связи настоящий выпуск не случайно посвящен теме «Нравственность и здоровье», затрагивающей самые различные сферы человеческой деятельности. Ведь здоровье нынешнего и будущих поколений людей все в большей мере зависит от нравственных начал человеческого бытия в современном мире. Об этом, в частности, свидетельствует и риск подвергнуться столь опасному заболеванию, как СПИД, риск, порождаемый в первую очередь проявлениями уродливых сторон в образе жизни, включая наркоманию, пагубное пристрастие к алкоголю. Вот и возникает вопрос: *достаточно ли только знаний для успешной борьбы с распространением подобных инфекций? Какова роль нравственности людей, нравственных устоев общественного бытия?*

Как явление общественного сознания, нравственность проявляется в практической деятельности людей, а истоки ее берут свое начало в нравственном чувстве человека, которое воспитывается в нем с раннего детства в семье, в обществе. И в сфере нравственной свободы личности внутренние мотивы побуждений и поступков должны совпадать с общественными и общечеловеческими требованиями.

Между тем человечество, преодолевая в себе стихию биологических начал, прошло трудный и долгий путь развития к высшим, социальным проявлениям духовности, разума. Нравственный опыт его стал ценнейшей «лабораторией жизни», определяющей меру гуманности в поведении людей. И современный человек отличается стремлением к широкому умственному и культурному кругозору, обладает чувством ответственности за судьбы будущих поколений. Именно с таких, оптимистических позиций подходят авторы выпуска к обсуждению проблем, составляющих суть нашей темы.

СЛОВО К ЧИТАТЕЛЮ

На вопросы отвечает президент Академии медицинских наук СССР, академик **Валентин Иванович ПОКРОВСКИЙ.**

ЦЕНА РИСКА: НРАВСТВЕННОСТЬ И ЗДОРОВЬЕ

— Роль нравственности, нравственных начал общественного бытия непрерывно возрастает. Здоровье современного человека оказывается в непосредственной зависимости от его духовного развития, соблюдения принципов морали и этических норм поведения. Как вы, ученый и гражданин, оцениваете состояние общественной морали и ее влияние на здоровье человека, формирование нравственных отношений в обществе?

— Состояние нравственности неразрывно связано с перспективами развития всех сторон жизни общества. Как показывает опыт, предпосылки сохранения здоровья и самой жизни во многом зависят от меры нравственности в отношениях между людьми. Тем более тревожит отсутствие четкой нравственной позиции и проявления аморализма в различных сферах общественной жизни.

Мы, медики, особенно остро обеспокоены ростом числа детей-сирот при живых родителях. На моей собственной памяти за 35 лет работы в медицине не было случая, чтобы мать отказалась от своего ребенка. Теперь же об этом можно услышать нередко. Скажем, ребенок болел менингитом, полностью выздоровел без каких бы то ни было последствий, но мать отказывается забрать его из больницы... Это ли не проявление безнравственности? Врачи вынуждены помещать таких детей в Дом ребенка.

А количество разводов, которое неуклонно растет? Разве это не пренебрежение моральными обязательствами перед близким человеком? Ведь в результате такого безответственного отношения распадается практически каждая третья городская семья.

Этот перечень можно продолжить. Какой огромный вред приносил обществу поток анонимок, отнимавших столько времени и наносивших прямой ущерб здоровью людей! И лишь теперь, в период демократизации и гласности, приняты решительные меры по искоренению этого социального зла.

Явления аморализма и безнравственности имеют место и в сфере межполового общения. Долгое время считалось, что раз такие вещи, как проституция, гомосексуализм, наркомания, несовместимы с нашим образом жизни, то их как бы и нет. Но теперь мы прекрасно знаем, что они у нас есть, хотя и в значительно меньших масштабах, чем за рубежом. Разлагающее влияние бездуховности и потребительства коснулось и некоторых наших

сограждан. Не случайно первый больной СПИДом в нашей стране как-то в разговоре с врачом горько посетовал на свое увлечение наихудшими образцами потребительского, эгоистического отношения к нормам морали.

Так что, я думаю, есть еще над чем поработать обществоведам, социологам и нам, медикам.

— СПИД, о котором вы упомянули, как раз и является показателем кризиса нравственности? Не могли бы вы раскрыть масштабы и социальные последствия распространения этой болезни в мире?

— По данным на 30 апреля 1988 года зарегистрировано 88 081 случай заболевания в 138 странах мира. Количество инфицированных, то есть носителей вируса иммунодефицита человека (ВИЧ), практически не поддается учету и по приблизительным оценкам составляет от 5 до 10 млн. человек. Смертность среди заболевших СПИДом составляет 50 %. Большинство экспертов прогнозирует увеличение числа больных в ближайшие годы примерно в 10 раз.

Безусловно, СПИД нужно рассматривать как комплексную социальную проблему, а отнюдь не сугубо медицинскую. Социальный характер заболевания обусловливается как основными путями передачи инфекции, так и его масштабами. Совершенно определенно можно сказать одно: СПИД опасен прежде всего потому, что напрямую связан с проявлениями половой распущенности, вседозволенности, аморального поведения как отдельных людей так и целых их групп.

— И все же, кто они, эти больные,— преступники или жертвы, своего рода отверженные? Имеют ли они право на сочувствие или заслуживают только одного — полной и скорейшей изоляции?

— Отношение общества к больному СПИДом, безусловно, серьезная нравственная проблема. Несомненно, больные и зараженные вирусом люди являются жертвами, которые нуждаются в том, чтобы им протянули руку помощи, оказали все возможное. Милосердие — именно то понятие, которое отражает истинное состояние наших чувств, ибо каждый такой больной достоин в конечном итоге, нашего сострадания. Такова позиция врачей, медиков, ученых.

Исключение составляют лишь те морально деградировавшие лица, которые пренебрегают общепринятыми нормами поведения и даже противопоставляют себя общественному мнению либо просто нарушают действующее законодательство. Но даже с точки зрения юридической отношение общества должно быть строго дифференцированным. Ведь среди инфицированных могут оказаться невинно пострадавшие, искренне доверившиеся людям недостойным. Так, надеясь создать хорошую, полноценную семью, люди руководствуются возникшим чувством друг к другу, но бывает и так, что один из будущих супругов совершил когда-то непоправимую, роковую ошибку... Вправе ли мы осуждать пострадавших невинно, отлучать их от общества?

Самое безвинное заражение СПИДом может произойти в результате переливания не проверенной на наличие вируса донорской крови. Стоит ли доказывать, что это безнравственно, безответственно? Среди жертв оказываются и дети — в мире их уже сотни и тысячи (у нас в стране было выявлено два таких ребенка). За рубежом многие из инфицированных детей подвергаются самой постыдной дискриминации, они вынуждены скитаться со своими родителями в поисках пристанища, из города в город.

Убежден, что к инфицированным и больным СПИДом не могут применяться меры изоляции. Они должны жить и трудиться под контролем врачей, при социальной и моральной поддержке со стороны общества.

— Как же быть с переливанием донорской крови?

— Сейчас такой проблемы в нашей стране практически нет по той простой причине, что вся кровь (за исключением случаев экстренного переливания) подвергается тестированию на вирус. Поэтому бояться переливаний не следует. В прошлом, когда тестирование не проводилось, заражение инфицированной кровью могло иметь место. В свое время мы выявили 5 таких пациентов. Для сравнения скажу, что за рубежом их уже тысячи. Уверен, что советские врачи до конца выполнят свой моральный долг, и фактор риска, связанный с передачей инфекции через донорскую кровь, можно будет полностью исключить.

— А что можно сказать о профессиональном и моральном долге журналистов, в чей адрес иногда высказываются претензии в предвзятости и невысоком качестве информации о СПИДе?

— На трех прошедших конгрессах по СПИДу, на всех более узких встречах специалистов, а также на состоявшемся недавно Всемирном совещании министров здравоохранения постоянно рекомендовалось широкое развертывание информационных и профилактических программ борьбы с заболеванием. При отсутствии радикальных средств лечения СПИДа особое значение приобретает санитарно-просветительная работа по его предупреждению. С сожалением приходится констатировать, что не всегда наша пресса оказывается на высоте.

Вот недавний пример. Руководитель группы по профилактике и лечению СПИДа В. В. Покровский, отвечая на вопросы корреспондента одной столичной газеты, рассказал о механизмах передачи инфекции, о профилактике заболевания, о мнимых и реальных опасностях СПИДа. Однако в опубликован-

ном виде интервью отражало лишь деятельность лаборатории специфической профилактики. На недоуменный вопрос специалиста, как же это произошло, журналистка ответила, что редакция газеты сочла профилактические аспекты неинтересными для читателя.

— Дескать, не газетный это материал? Можно ли говорить о правильно понимаемой задаче и координации усилий медиков и представителей прессы?

— Я считаю, что средства массовой информации должны максимально сосредоточиться именно на вопросах профилактики. На это же должны быть направлены различные формы наглядной агитации: мне, например, ни разу не встречался плакат советского производства, который бы действенно отражал тему борьбы со СПИДом. Необходима четкая, налаженная система предоставления информации о том, что нужно делать. Пока всего этого нет. А вот искажения истины, погоня за сенсационностью действительно встречаются на газетных и журнальных полосах и даже иногда преобладают над планомерным, глубоким освещением профилактической деятельности.

— Какой медицинский и социальный заказ выполняют кабинеты анонимной диагностики СПИДа, сеть которых расширяется?

— Думаю, что их роль ограничена известными рамками, но они очень важны, поскольку дают возможность каждому человеку проверить себя, в случае необходимости заблаговременно принять меры, оградить своих близких от опасности заражения. Сейчас в стране действует около 15 таких кабинетов. Из них с самым длительным стажем — кабинет при ЦНИИ эпидемиологии Минздрава СССР (на базе 2-й инфекционной московской больницы). Через него прошло уже несколько десятков тысяч человек, среди которых удалось выявить около десятка инфицированных лиц. Это ведь очень важно. Если предположить, что каждый из них мог бы заразить 1—2 партнеров, то, значит, кабинет уберег от болезни и смерти по крайней мере вдвое большее количество людей.

Кроме того, кабинеты выполняют функции социальной и моральной поддержки. Среди их посетителей довольно много невротизированных, мнительных личностей, ушедших в свои, не всегда обоснованные подозрения и переживания. Это так называемые СПИДофобы, то есть подверженные боязни СПИДа. Обычно это люди с неустойчивой психикой, которые ищут (и даже находят у себя) признаки заболевания, пугаются совпадением тех или иных случайных симптомов, приходят к убеждению, что они больны. Анонимные кабинеты избавляют их от психического напряжения, стресса, помогают вернуться к своей обычной жизнедеятельности. И этот вклад анонимных кабинетов в оздоровление морального самочувствия людей, на мой взгляд, нельзя недооценивать.

— Довольно широко распространен взгляд на СПИД как на венерическое заболевание. Насколько он верен?

— Действительно, механизмы заражения венерическими заболеваниями и СПИДом во многом схожи. СПИД, как и вся группа венерических заболеваний, передается в основном через половой контакт или же кровь.

Но этим все сходство и ограничивается. Дело в том, что для венерических болезней характерно наличие так называемого первичного эффекта, то есть в том месте, где внедряется возбудитель, появляются патологические явления (шанкр при сифилисе, уретрит при гонорее и т. д.). При СПИДе ничего подобного не происходит. Вирус проникает в кровь, и после длительного инкубационного периода первыми клиническими проявлениями болезни являются припухания лимфатических узлов и другие нарушения иммунного статуса. В области же входных ворот инфекции никакой патологии не обнаруживается.

Поэтому мы и считаем, что СПИД является общим вирусным заболеванием.

— Какие специалисты-медики прежде всего связаны с проблемой СПИДа?

— Как я уже говорил, СПИД — это прежде всего комплексная социальная проблема, и ее решение невозможно без участия представителей правоохранительных органов, психологов, социологов, педагогов и т. д.

Что касается сугубо медицинских подходов, то можно сказать, что нет такой врачебной специальности, которая не имела бы отношения к СПИДу. Начнем с психиатрии. Сейчас за рубежом описано много случаев, когда основными клиническими проявлениями СПИДа выступают нарушения психики, быстрое развитие деменции, то есть слабоумия и др. Установлено, что это один из первых решающих признаков наступления болезни.

СПИД и стоматология. Пожалуй, никто из специалистов-медиков не подвержен такой опасности заражения, как стоматологи. Ведь при СПИДе очень часто отмечаются поражения ротовой полости, а стоматологи, как правило, работают без перчаток, и их манипуляции сами по себе сопровождаются кровотечениями, что обусловливает их профессиональный риск.

Существуют свои проблемы и в дерматологии, поскольку СПИД нередко сопровождается проявлениями саркомы Капоши (в особенности у молодых людей), а также другими формами кожных патологий. Самое непосредственное участие в борьбе со СПИДом принимают и акушеры-гинекологи, поскольку

одним из путей передачи инфекции является путь через плаценту, от инфицированной матери к плоду.

Без сомнения, угроза СПИДа требует мобилизации всего научного потенциала современной медицины. Мы имеем дело с коварным и пока малоизученным заболеванием, и только объединенные усилия специалистов могут служить залогом успешной борьбы с ним.

— Как согласованы мероприятия, проводимые в нашей стране, со стратегией наступления на СПИД в мировом масштабе? Ведь как было провозглашено Всемирной организацией здравоохранения «Всем миром его победим!»...

— Стратегию борьбы со СПИДом разрабатывает Специальная программа по СПИД Всемирной организации здравоохранения, возглавленная доктором Джонатаном Манном. Наша страна принимает самое активное участие в деятельности Программы ВОЗ, в фонд ее сделан значительный взнос (800 тысяч долларов), и специалисты из СССР — постоянные участники экспертных комиссий. У нас созданы два координационных совета: один из них координирует практическую работу, другой же ведет научные разработки по проблемам СПИДа.

Конечно, в этой работе учитываются конкретные условия в нашей стране. Если говорить о специфике, у нас в стране имеются два важных отличия. Во-первых, значительно меньше больных СПИДом и инфицированных. Пока, во всяком случае! Но уверен, что будет сделано все, чтобы так было и дальше. Во-вторых, в отношении инфицированных иностранцев у нас сразу же были применены довольно жесткие меры — депортация. Хотя поначалу такая политика вызывала нарекания (кое-кто осуждал нас за нее), однако теперь многие страны идут по нашему пути, получившему признание и поддержку ВОЗ. Высказываются даже сожаления, что аналогичная практика уже бесполезна в странах Западной Европы, поскольку упущен момент и количество больных уже таково, что инфицирование принимает массовые масштабы.

— В заключение, в чем, по вашему мнению, заключается залог успеха в борьбе со СПИДом?

— Мы уверены, что способны контролировать ситуацию и управлять ею. Но проблема очень неоднозначна, серьезна, трудностей еще много. Вот почему залог успеха — в постоянном исследовательском поиске и устранении самоуспокоенности. В то же время каких бы успехов ни добилась медицина, уповать только на ее могущество было бы опрометчиво. Решающим обстоятельством в борьбе со СПИДом играет сам человеческий фактор. Нравственные силы людей, способность их противостоять бездуховности — вот залог того, что каждый человек на нашей планете осознает цену риска.

Беседу вел журналист А. СОСНОВСКИЙ

О НАШИХ АВТОРАХ

В номере 7 за 1988 год:

ПОКРОВСКИЙ Вадим Валентинович — врач, кандидат медицинских наук, член экспертного совета по СПИДу Академии медицинских наук СССР, заведующий сектором Специализированной научно-исследовательской лаборатории эпидемиологии и профилактики СПИДа Центрального научно-исследовательского института эпидемиологии Минздрава СССР, автор более 30 опубликованных работ по эпидемиологии, иммунологии и клинике инфекционных болезней, популярной брошюры «СПИД — синдром приобретенного иммунодефицита» (М., 1987), ряда выступлений в печати и на телевидении по проблемам профилактики СПИДа.

ПЛЕЦИТЫЙ Алексей Дмитриевич — сотрудник той же лаборатории Центрального научно-исследовательского института, наблюдатель Межведомственной комиссии по проблемам СПИДа Госкомитета СССР по науке и технике, автор более десятка опубликованных научных работ, включающих и вопросы борьбы со СПИДом.

В номере 8 за 1988 год:

СКРИПКИН Юрий Константинович — член-корреспондент АМН СССР, директор Центрального научно-исследовательского кожно-венерологического института Минздрава СССР, профессор, заведующий кафедрой кожных и венерических болезней 2-го Московского медицинского института имени Н. Пирогова (2-й МОЛГМИ), заместитель председателя Всесоюзного и председатель Всероссийского обществ дерматовенерологов, член правления Всесоюзного общества «Знание», автор 360 научных статей, 14 монографий, руководств и учебников по дерматовенерологии, один из авторов популярных книг «Гигиенические советы юношеству» (М., 1970), «Гигиена юноши» (М., 1982), «Поговорим откровенно» (М., 1985).

ТЕСАЛОВА Ольга Тимофеевна — кандидат медицинских наук, ученый секретарь Научного совета по дерматологии и венерологии АМН СССР, заведующая отделом эпидемиологии того же института, более 15 лет занимается разработкой методических материалов и проектов по различным аспектам борьбы с распространением венерических болезней, автор около 100 опубликованных научных работ, ряда выступлений в печати по вопросам венерологической опасности пьянства и алкоголизма.

ГРАЧЕВА Галина Константиновна — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник того же института, специалист в области клинической сифилидологии и организации борьбы с венерическими болезнями, автор более 50 опубликованных научных работ, занимается вопросами профилактики венерических заболеваний среди населения, лекционной работой, член Всесоюзного общества «Знание».

В. Покровский, А. Плецитый

СПИД: ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

Что такое СПИД?

Синдром приобретенного иммунодефицита, или СПИД,— это тяжелейшее инфекционное заболевание вирусной природы. Болезнь приводит к выраженному снижению иммунитета, в результате чего человеческий организм становится беззащитным перед угрозой инфекционных поражений и опухолевых заболеваний. Название болезни — AIDS было дано в США, эта английская аббревиатура слов, в переводе на русский означающих **«синдром приобретенного иммунодефицита» (СПИД).**

Иммунодефицит, о котором идет речь, при данном заболевании вызывается проникающим в организм вирусом, способным не только повреждать, но и полностью парализовать иммунную систему. Поэтому заразившийся вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) легко может заболеть инфекционным или раковым заболеванием, чаще всего воспалением легких, вызванным простейшим — *пневмоцистой*, или редкой формой онкологической патологии — *саркомой Капоши*. У лиц, пораженных вирусом ВИЧ, тяжелейшие болезни, как правило, вызывают микроорганизмы, которые обычно обезвреживаются нормально функционирующей иммунной системой.

Многообразие форм проявления чрезвычайно затрудняет диагностику СПИДа: заболевание может принимать различные клинические формы. Известна, например, форма заболевания, при которой вирус поражает центральную нервную систему, и гибель наступает от поражения клеток головного мозга.

Что важно знать о возбудителе СПИДа?

Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) способен проникать в **белые клетки крови человека (лимфоциты и моноциты)**, отвечающие за состояние иммунной системы организма. ВИЧ использует эти *иммунокомпетентные клетки* для питания и размножения. По окончании цикла размножения вирусы покидают их и нападают на другие такие же клетки, в которых начинаются новые циклы размножения ВИЧ. Так как масса лимфатических клеток гибнет из-за поражения вирусом, в результате и возникает состояние иммунодефицита, защитная система утрачивает свои функции.

В настоящее время вирус обнаружен *в крови, семенной жидкости, влагалищном секрете, материнском молоке*. Следы вируса найдены *в слюне, в слезах*. Вирус неустойчив: быстро погибает на воздухе при высыхании, при нагревании (при температуре 56 °С в течение 30 минут) и моментально разрушается под воздействием дезинфицирующих химических веществ (спирт, хлорамин, хлорная известь). При попадании в желудочно-кишечный тракт вирус быстро разрушается пищеварительными ферментами и соляной кислотой. Попав на кожу, вирус в течение 20 минут уничтожается паразитирующими на ней бактериями (их ферментными системами).

Каким путем происходит заражение СПИДом?

Источником инфекции являются как *больные люди* с различными клиническими проявлениями болезни, так и *бессимптомные бациллоносители (или в стадии инкубации)*.

Прежде всего опасность представляют зараженные вирусом кровь и выделения половых органов. Чаще всего заражение происходит при сексуальных контактах — **гетеросексуальных** (между мужчиной и женщиной) или **гомосексуальных**, когда один из партнеров заражен вирусом ВИЧ.

Заражение происходит при мельчайших повреждениях половых органов (а также прямой кишки при анальном сношении) в процессе полового акта. Несколько реже наблюдается **заражение при орально-генитальном сношении.**

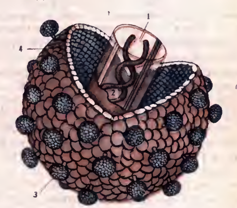
Особенно легко происходит заражение при **анальных сношениях,** так как в этом случае легко травматизируются не приспособленные к этому органы. Вот почему вирус ВИЧ особенно быстро распространяется среди мужчин-гомосексуалистов, практикующих такие сношения. Об этом свидетельствует, например, следующая история болезни.

Больной К.— пассивный гомосексуалист, ассоциирующий себя с женщиной. Наркотики никогда не употреблял. В юные годы имел несколько неудачных попыток сближения с женщинами. Летом 1981 года вступил в гомосексуальную связь в африканской стране с местным военнослужащим. Связь продолжалась более полугода. В ноябре 1981 года К. имел одного партнера в СССР, когда приезжал в отпуск. В марте 1982 года связь с первым партнером прекратилась. В этот период у К. было еще одно однократное анальное сношение также с аборигеном из Восточной Африки.

В июле 1982 года у К. появилась лихорадка, сопровождающаяся головными болями, бессонницей и высыпанием пятнистой сыпи на лице и туловище. Через несколько дней присоединился понос. Ввиду неясности диагноза К. был отправлен в Москву. При обследовании в клинике предъявлял жалобы на учащенный стул с примесью крови. Клинически обнаруживалось увеличение лимфоузлов в нескольких областях тела и хронический воспалительный процесс в прямой кишке, по поводу которого больной лечился в течение пяти месяцев. Затем он возвратился в свой родной городок на Северном Кавказе, где имел половые контакты с 24 мужчинами, которые не имели других гомосексуальных партнеров. При выявлении и обследовании всех половых партнеров К. у пяти из них были обнаружены антитела к ВИЧ.

К. перенес пневмонию и опоясывающий лишай. Эти заболевания свидетельствовали о возникновении дефицита иммунитета. В 1985 году у него появились признаки саркомы Капоши, которые означали начало СПИДа.

С большой уверенностью можно предполагать, что К. заразился вирусом в Восточной Африке в 1982 году от случайного партнера. По-видимому, этот партнер был бисексуалистом, а живущие половой жизнью как с мужчинами, так и с женщинами представляют наибольшую опасность распространения инфекции. В этот период у К. наблюдались частые кровотечения из заднего прохода, вызванные хроническим воспалительным процессом в прямой кишке. Известно, что при наличии воспаления заражение происходит легче.



СПИД: «портрет» вируса иммунодефицита человека. В отличие от многих других вирусов ВИЧ имеет не шарообразную, а цилиндрическую форму ядра *1*, выделяясь и своей необычайно толстой внешней оболочкой *4*, белки на поверхности которой могут легко изменяться *3*, что создает известные трудности в создании противоспидовой вакцины. Характерно и то, что части *2* генома ВИЧ способны свободно расходиться для размножения в пораженной вирусом клетке (схема по материалам журнала «Дискавер». Публикуется в изложении)

Заражение может произойти и при переливании инфицированной крови и ее продуктов. Путь этот на сегодняшний день практически ликвидирован, так как донорская кровь и ее продукты в СССР с сентября 1986 года проверяются на наличие в них ВИЧ.

Среди зараженных вирусом ВИЧ, подвергавшихся процедуре переливания крови или получавших препараты крови в качестве лечения, в подавляющем большинстве мужчины, *больные гемофилией.*

В клинике нашего института на обследовании и лечении находился такой больной (иностранец), страдающий гемофилией. И примечательно то, как он заразился СПИДом. Так, до 1983 года он получал отечественные препараты крови, а в 1984 году ему был введен *препарат (фактор свертываемости кро-*

ви IX) американского производства, который не проверялся на налнчне в нем ВИЧ. Вот почему прн пользованни препаратамн импортного производства обращается вниманне на то, проверены лн они на отсутствие ВИЧ, что обычно указывается на лнстовке-вкладыше к препарату нли на его упаковке.

Опасность зараження существует и при использованни для ннъекций нестерильных шпрнцов и нгл. Зараженне таким путем происходнт обычно у наркоманов, прнбегающнх к внутрнвенному введению наркотнков. Несомненно, если вирус попадет в среду наркоманов в нашей стране, зараженность этой группы лнц может достнчь уровня, имеющегося в некоторых странах Запада — около 70 %.

Наконец, существует путь передачи внруса от беременной жеищнны, зараженной СПИДом, новорожденному.

Что прежде всего способствует распространеиию бациллоиосительства ВИЧ и болезни СПИДа?

Резкому росту увелнчения чнсла бессимптомных бациллоноснтелей (ВИЧ) н заболеваемостн СПИДом способствуют следующне **особеиности поведения:**

— половые контакты с малознакомымн н часто меняющимися партнерами;

— совместное нспользоваиие нестерильных шпрнцов н нгл, в первую очередь средн наркоманов н подверженных этой болезнн лиц, занимающнхся внутрнвенным влнваинем наркотнков.

Как происходит заражение вирусом ВИЧ?

Вирус ВИЧ распространяется только путем прямого контакта: крови с кровью или выделений половых органов с кровью. ВИЧ не передается капельно-воздушным путем (например, прн кашле, чнханнн и т. п.), через воду, продукты питання, общую посуду, предметы, которых касался больной СПИДом илн внрусоиоснтель, через рукопожатня, поцелун н другне внды обычных бытовых контактов.

И все же возможио ли заразиться вирусом ВИЧ, например, при поцелуе? Ведь говорят, что он содержится в слюие и в слезах?

Вирус ВИЧ, действительно, обнаружен в слюне иекоторых больных СПИДом, однако не было выявлено ни одного случая заболевания СПИДом, когда бы передача вируса могла пронзойти прн поцелуе. К тому же еслн бы вирус мог распространяться такнм путем, то наблюдалось бы зараженне и членов семей больных СПИДом. Хотя вирус ВИЧ н удалось обнаружнть в слюне, он содержится в настолько незначнтельных колнчествах, что возможность зараження такнм путем существует лншь теоретнческн н то при налнчни повреждений в полостн рта, кожных покровов, через которые вирус действнтельно может проникнуть в кровь. Все сказанное относится н к опасенням заразнться через слезы.

Увеличивается ли риск заражеиия вирусом ВИЧ при большом количестве половых партнеров?

Анонимные половые связи со случайными и сомннтельнымн партнерамн увеличивают рнск заражения внрусом ВИЧ, а также и другнмн болезнями, распространяющнмися половым путем **(сифилис, гонорея, герпес геииталис и др.).** Одной нз причнн быстрого распространення инфекцнн в такнх случаях является то обстоятельство, что заразнвшийся внрусом, не чувствуя прнзнаков болезнн и ие зная о своем зараженнн, заражает многнх другнх. Поэтому прн частой смене половых партнеров во много раз увеличнвается опасность заражеиия вирусом ВИЧ.

Почему проституция и случайные половые связи могут привести к заражению вирусом ВИЧ?

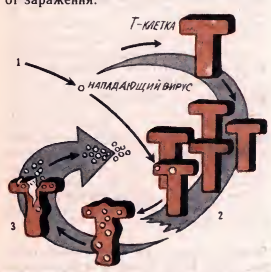
Часто молодые людн вступают в половые отношения, ничего не зная о прошлом своего партнера, о его сексуальных наклонностях, о вредных привычках или не прндавая этому значення.

Под воздействнем алкоголя, наркотнческнх н токснческих веществ такне люди, теряя нравственные ориентиры, вступают в связн с женщннамн-простнтуткамн, мужчннамн-гомосексуалистами. Лица, основные передатчнки опасной ннфекцни — не только СПИДа, но и другнх болезней, распространяющнхся половым путем, представляют собой так называемые группы рнска. Средн них находнт

свое распространенне н наркомаиня (через совместиое нспользоваиие иестерильных шпрнцов и игл для введення иаркотнческих веществ), которая также может прнвести к зараженню вирусом ВИЧ.

Возможно ли уменьшить риск заражения вирусом ВИЧ через половые контакты?

Сексуальио актнвным людям необходимо ограиичнть количество половых партнеров, избегать интнмных отношений с темн, чье состоянне здоровья н сексуальный анамиез неизвестны, нспользовать мужскне презервативы (кондомы), позволяющне защнтнться от прямого контакта с биологическнмн жидкостямн организма партнера, в которых может содержаться ВИЧ. Другне противозачаточные средства не защищают от зараження.



ВИЧ: атака на иммуиную систему организма. Проникая *1* в определенный тип лимфоцитов (Т-клетки — помощиики), вирусы нарушают их способиость распознавать чужеродиое вещество *2*, тем самым обезоруживая иммуниую систему, а беспрепятственио размножаясь в Т-клетках, вирусы приводят их к гибели *3*, в результате чего развивается общий иммуиодефицит (схема по материалам журиала «Ди Цайт». Публикуется в изложеиии)

Почему мужской презерватив является средством профнлактнки заражения вирусом ВИЧ?

Так как вирус ВИЧ может передаваться при половом сиошенни, нспользованне презерватнва позволяет существенно снизить опасность заражения внрусом ВИЧ (препятствует контакту бнологнческих жидкостей).

Бытует ошнбочное миенне, что хотя презерватнв обладает способностью удержнвать семенную жндкость, однако пропускает через свою оболочку возбудителя СПИДа, так как вирусные частицы намиого меньше по размеру, чем сперматозонды.

По статистнческим данным зарубежиых нсследователей, если вероятность защиты с помощью презерватнва от нежелательной беременности составляет 96 %, то от зараження возбудителем СПИДа — 99,5 %.

Прнмечательно, что презерватив нспользуется пренмущественно как средство предохраиения от беременностн, а о его защнтных свойствах *при передаче болезней, распространяющихся половым путем* (**сифилис, гонорея и др.**), *и ряда инфекционных заболеваний* (**внрусный гепатит, СПИД и др.**) уже забыли, хотя, как известно, изобретение его было связано с поиском средства предохраиення от зараження снфнлисом еще в XVI веке.

Следует помнить, что защнтные свойства презерватнва утрачиваются прн его механнческих повреждениях во время нлн до полового акта.

Используя мужской презерватнв в качестве средства предохранения от зараження СПИДом, а в равиой степенн н веиерическими заболеваииями, **следует придерживаться следующих рекомендаций:**

— проверять иа целостность перед половым актом (путем легкого иадувания);

— ие прнмеиять презервативы с просроченным сроком годностн (обычно одного-двух лет);

— презерватив должеи нспользоваться с самого начала и до конца полового сиошения;

— при иадеваннн презерватнва нельзя иатягнвать его полностью: надо оставлять конец его свободным (для излнвающейся спермы);

— смазывать презерватнв перед половым актом вазелином нлн какой-либо контрацептнвиой мазью нлн пастой (грамицидиновой и др.), что в известной мере поможет предохранить его от разрыва за счет уменьшеиия снлы трения;

— если во время сношения презерватив все же разорвался (для этого необходимо осмотреть его сразу после полового акта, так как повреждение не всегда может быть замечено иным путем), необходимо сразу же произвести обработку половых органов каким-либо дезинфицирующим раствором, например 5 %-ного марганцовокислого калия (1 чайная ложка на 1 л теплой кипяченой воды), что, однако, полностью не гарантирует разрушения вируса.

В настоящее время в качестве *смазки для презервативов* за рубежом стали использовать вещества, содержащие наноксил IX, которые инактивируют ВИЧ, равно как и возбудителей других заболеваний, передающихся половым путем. В Советском Союзе также разрабатываются аналогичные вещества. Применение таких средств вместе с презервативами позволяет снизить риск заражения вирусом ВИЧ.

Если в жизни половых партнеров не имелось причин для возникновения риска заражения (беспорядочные половые связи, внутривенное введение наркотиков, введение антигемофилитических препаратов крови), оба они могут обходиться в своей интимной жизни без применения защитных средств. Так, супружеская верность позволяет сохранить сексуальное чувство до наступления старости и избежать заражения вирусом ВИЧ. В том, что половой партнер не заражен вирусом, некоторые предпочитают убедиться, пройдя специальное (обычно анонимное) обследование.

Можно ли заразиться вирусом ВИЧ через обычные бытовые контакты? Например, если пользоваться одним и тем же стаканом, столовыми приборами, тарелками, что и больной СПИДом? Пользуясь ресторанами, питьевыми фонтанчиками? Через продукты питания, купленные в универсаме?

Опыт наблюдения показывает, что в семьях, больных СПИДом, вирус не распространяется таким путем. Люди могут пить и есть, пользуясь обычной посудой и кухонной утварью: ВИЧ не выживает за пределами организма, уничтожается при обычном мытье предметов обихода. СПИД не распространяется также через пищевые продукты.

А можно ли заболеть СПИДом, пользуясь общественными туалетами, умывальниками, телефонами? При поездке в общественном транспорте, держась за поручни? Соприкасаясь с людьми в толпе на улице и в транспорте? При примерке одежды в универмаге? От контакта с деньгами?

Данных о заражении СПИДом посредством любой формы обычных контактов между людьми, включая соприкосновение в толчее, рукопожатия, объятия, дружеские похлопывания по плечу и даже поцелуи, нет. Вирус не передается также через прикосновения или другие обычные контакты с предметами, которыми пользовался, к которым прикасался и на которые дышал больной СПИДом или зараженный ВИЧ. За исключением шприцов, игл и других предметов с остатками зараженной крови, имевшимися на них.

Можно ли заразиться СПИДом от коллеги по работе, соседа по квартире, наконец, приятеля, ведущих беспутный образ жизни?

Так как СПИД не распространяется через обычные бытовые контакты, то это не представляется возможным. Опыт наблюдения за больными СПИДом и вирусоносителями показывает, что таких случаев заболевания СПИДом не было. Нет доказательств того, что пребывание рядом с больным СПИДом даже в течение длительного периода времени чревато заражением для окружающих.

Можно ли заболеть СПИДом, находясь в одной квартире с больным СПИДом, проживая по соседству с больницей, в которой лежат больные СПИДом?

Такой опасности нет, так как ВИЧ не распространяется через воздух и обычные бытовые контакты. Не наблюдалось заражения членов семей больных СПИДом, кроме половых партнеров и детей, родившихся от инфицированных матерей.

Можно ли заразиться ВИЧ при занятиях определенными видами спорта? Например, в плавательных бассейнах, на стадионах? А как быть с баней?

Не описано ни одного случая возникновения СПИДа после посещения *пла-*

вательного бассейна или сауны, душа или бани. Не было случаев заражения вирусом ВИЧ у спортсменов во время занятий контактными видами спорта (бокс, борьба). Абсурдной является возможность заражения ВИЧ через пот при проведении *спортивного массажа.* Однако спортсмены, применяющие допинговые средства в погоне за высокими результатами, увеличивают опасность заражения ВИЧ, так как от этих средств ослабевают иммунные силы организма.

Можно ли заболеть СПИДом, пользуясь чужой бритвой, зубной щеткой, расческой, маникюрными принадлежностями?

Известно, что вирус ВИЧ может передаваться через попадание инфицированной крови в кровоток здорового человека. Поэтому следует избегать совместного пользования инструментами, которые могут находиться в контакте с зараженной кровью через повреждения кожи или порезы. Пока не зарегистрировано случаев СПИДа, связанных с совместным пользованием бритвами, зубными щетками и другими предметами личной гигиены.

Теоретически допустимо заражение ВИЧ при процедуре маникюра и педикюра, в том случае, если используемые для этого инструменты не дезинфицируются по установленным правилам. По правилам обработки инструментов для маникюра весь набор следует опускать в спирт-денатурат на 15 минут. Поэтому мастер должен иметь **как минимум два набора инструментов.** Настольное стекло **после каждого посетителя** нужно протирать 3 %-ным раствором хлорамина. Инструменты для педикюра **после каждого клиента** необходимо прокипятить в стерилизаторе в течение 30 минут и хранить в банке со спиртом-денатуратом. Ванночку для педикюра полагается **после каждого клиента** промыть моющим средством («Санита», «Гигиена»), а затем обработать раствором хлорамина.

Можно ли заразиться СПИДом от собак, кошек или других животных?

Вирусы, вызывающие спидоподобные состояния, обнаружены у кошек, собак и овец. Однако установлено, что они не могут вызывать заболевания у человека. У обезьян, живущих в Африке, был найден вирус, по своей природе на 90 % идентичный разновидности вируса, вызывающего СПИД у человека, так называемый ВИЧ-2. Поэтому теоретически не исключена возможность заражения этим вирусом человека при ранении его инфицированной обезьяной. В настоящее время ведется наблюдение за этими животными. О конкретных случаях заражения человека СПИДом таким путем пока не сообщалось.

Могут ли распространять возбудитель СПИДа комары и другие кровососущие насекомые?

Не имеется доказательств, что комары и другие насекомые играют какую-либо роль в передаче вируса ВИЧ людям. После укуса больного СПИДом вирус ВИЧ сохраняется некоторое время в организме кровососущих насекомых. Но если это насекомое укусит другого человека, то заражения не произойдет, потому что кровососущие насекомые высасывают кровь, а не вводят ее во время укуса в организм человека.

Какова степень риска заражения СПИДом при переливании крови?

В прошлом, как уже говорилось, имелось несколько случаев заражения ВИЧ, которые произошли в результате переливаний крови после операций и несчастных случаев с большими кровопотерями, а также при введении препаратов крови больным, страдающим гемофилией (кровь их содержит слишком мало веществ, необходимых для ее свертывания), так как донорская кровь и препараты крови не проверялись на наличие ВИЧ. Заражение при переливании крови в США и Западной Европе составляло примерно 1 случай на 1 миллион процедур.

Опасность заражения СПИДом при переливании крови уменьшилась в нашей стране благодаря организации исследования всей донорской крови на антитела к ВИЧ, изъятию крови, в которой обнаружены такие антитела, из банка трансфузной крови. С этого же времени проводится стерилизация препаратов свертываемости крови. Эти мероприятия позволяют свести риск заражения ВИЧ при переливании крови практически к нулю.

Существует ли опасность заражения СПИДом во время сдачи крови?

Такой опасности не существует. Станции переливания крови и другие центры по сбору крови используют стерильные инструменты, шприцы и иглы одноразового пользования. Нужда в крови всегда острая, поэтому люди должны продолжать сдавать кровь, как они делали это раньше.

Можно ли заразиться СПИДом при посещении зубного врача от зубоврачебных инструментов?

Случаев СПИДа, связанных с заражением от зубоврачебных инструментов, не описано. Дело в том, что обычный процесс стерилизации инструментария убивает ВИЧ.

Каким образом возможно заражение СПИДом у детей?

Хотя в организме беременной женщины действует определенная система очистки крови, поступающей в плод, которая может перехватывать и вирус, при обширном заражении организма матери она не срабатывает. Но даже если система эта сработала, опасность заражения подстерегает новорожденного в процессе родов. Плод получает вирус во чреве матери через плацентарный барьер, так как круг кровообращения ее организма замыкается кругом кровообращения плода.

В случае, когда ребенок появляется на свет в потоке слизи, инфицированной ВИЧ, а также околоплодных вод,

Потеря веса у больного СПИДом в конечной (терминальной) стадии болезни

крови, достаточно небольшого повреждения очень нежной и чувствительной детской кожи, чтобы внутрь его организма проник возбудитель СПИДа. Точно момент заражения новорожденного в процессе беременности определить пока трудно. Ко времени родов иммунная система ребенка находится еще в начальной стадии своего развития и беспомощна перед проникшим в организм вирусом. В дальнейшем же возможно заражение через материнское молоко.

До сих пор не наблюдалось случаев СПИДа, специфически связанных с кормлением грудью, кроме одного сообщения из Австралии о заражении ребенка вирусом ВИЧ через молоко кормилицы. Любая женщина, имеющая в крови антитела к ВИЧ, должна воздержаться от кормления грудью своего ребенка (в качестве предохранительной меры). Еще одна опасность подстерегает тяжелобольных, или больных гемофилией, детей, которые могут заразиться через переливание крови или при использовании ее препаратов, поэтому теперь кровь и ее препараты тестируются на наличие антител к ВИЧ и подвергаются термической обработке, если при этом не нарушается технология производства лекарственного средства.

Может ли ребенок, у которого обнаружен ВИЧ, передать вирус другому ребенку?

Не известно ни одного случая заражения СПИДом, который возник бы вследствие передачи ВИЧ от одного ребенка другому,— ни в семье, ни в школе, ни в детском саду, ни в яслях, ни в быту. Известно, что даже когда один из детей-близнецов был инфицирован, а другой нет, и они пользовались совместно пустышками, игрушками, кроватью и манежем, не наблюдалось передачи вируса.

Дети, имеющие в крови вирус ВИЧ, не представляют никакого риска заражения для других детей, так же как и для персонала детских учреждений. Бытовые контакты, включая и те, которые имеют место весьма длительный период, не рассматриваются как опасные.

Часто спрашивают: раз вирус ВИЧ передается через контакты с кровью, может ли ребенок заразиться вследствие

школьных драк или спортивных травм, как, например, во время игры в футбол? Доказательств такого пути передачи вируса нет. Контакт с кровью, который может произойти при повреждениях во время занятий спортом — наружный, то есть принципиально отличается от прямой инъекции инфицированной крови в кровоток, который происходит при переливании или при использовании нестерильных шприцев, игл с остатками крови. В случае же попадания вируса на поврежденные кожные покровы вероятность проникновения вируса в кровоток существенно снижается, так как вирус вымывается наружу с током крови из раны.

А представляет ли опасность заражения для детей кто-либо из персонала детских учреждений, инфицированный вирусом ВИЧ?

До сих пор не сообщалось о случаях заражения СПИДом, которые произошли бы из-за передачи вируса путем приготовления пищи, пользования общими туалетами, питьевыми фонтанчиками, шариковыми ручками, карандашами, через любые формы бытовых контактов или при длительном бытовом контакте с больным СПИДом. Поэтому говорить о такой опасности не приходится.

Как можно самому снизить риск заражения ВИЧ?

Вирус не передается путем обычных бытовых контактов. Исключение составляют интимные контакты. Во избежании заражения ВИЧ следует ограничить половые контакты со многими партнерами, остерегаться лиц с выясненным диагнозом СПИДа или с подозрением на него, либо имеющих многих половых партнеров, а тем более связей с незнакомыми и малознакомыми людьми, состояние здоровья которых, конечно, неизвестно. Важно исключить половые контакты с наркоманами и лицами, имеющими гомосексуальные связи.

Кандидамикоз полости рта больного СПИДом

Для предохранения от заражения ВИЧ при половых сношениях рекомендуется пользоваться презервативами. Кроме того, следует исключить совместное пользование шприцами и иглами, чужими бритвами, маникюрными принадлежностями и другими предметами, на которых могут оставаться загрязнения кровью, содержащей вирус ВИЧ, чтобы исключить занесение его в собственную кровь.

Нужно ли детям специально защищаться от заражения ВИЧ?

В кругу семьи дети, как и любой взрослый человек, не подвержены заражению, даже имея дело с больным СПИДом или вирусоносителем (исключая область половых отношений). Можно спокойно посылать своих детей в школу, детский сад или пионерский лагерь и в случае, если там окажутся дети, имеющие в крови антитела к ВИЧ. Случаев заражения при общении в детских коллективах не наблюдалось.

Известно, что и дети, больные гемофилией, тщательно защищают себя от повреждений, поэтому как источник заражения они исключаются. Дети же, зараженные вирусом ВИЧ от своих матерей, не представляют постоянной опасности в детском коллективе, так как для передачи вируса требуется прямое попадание зараженной крови в кровоток здорового ребенка. Это могло бы иметь место при внутривенном введении, например, наркотиков, однако такой вариант не может быть допущен в детском учреждении.

Для профилактики достаточно соблюдать правила личной гигиены: пользоваться личной зубной щеткой, личными мылом и полотенцем. Не разрешайте детям играть на свалках, куда случайно могут попасть и медицинские шприцы, испачканные кровью вирусоносителей.

Независимо от состояния здоровья детей здоровый образ жизни, соблюдение

режима сна, питания и отдыха, привитие навыков личной гигиены являются важнейшей предпосылкой для повышения сопротивляемости к любым инфекционным заболеваниям.

В каких видах деятельности нужны специальные меры предосторожности от заражения?

Предохранительные меры следует предпринимать тем, кому приходится находиться в контакте с больными СПИДом или вирусоносителями или с материалами от них.

Всем профессиональным группам, которые в процессе своей деятельности могут находиться в прямом контакте с кровью и другими биологическими жидкостями больных и вирусоносителей, рекомендуется соблюдать особую предосторожность для защиты от заражения СПИДом, гепатитом В и другими инфекционными агентами. **Меры профилактики следующие:**

— мытье рук после каждого контакта с выделениями больного;

— принятие специальных мер защиты при работе и уничтожение использованных одноразовых шприцов и игл;

— предохранение от порезов, уколов или других повреждений медицинскими инструментами;

— оповещение руководителей учреждения о любом случае контакта с кровью, спермой или другими жидкостями организма больного;

— ношение защитной медицинской одежды (перчатки, халат, защитные очки) в предвидении прямого контакта с кровью и выделениями организма больного.

В особенности стоматологам рекомендуется предпринимать специальные меры предосторожности для защиты от порезов, которые могут привести к прямому заражению кровью инфицированного пациента и к потенциальному увеличению возможности заболевания не только СПИДом, но и вирусным гепатитом и другими болезнями, распространяемыми через кровь. Микротравмы следует закрывать бактерицидным лейкопластырем, надо работать в резиновых перчатках.

Что называют группой риска и кто входит в нее?

Группами риска называют контингенты лиц, подвергающихся высокой опасности заболевания, а в данном случае заражения вирусом иммунодефицита человека. **К ним относятся:**

— мужчины, часто меняющие половых партнеров, а также и вступающие в половые связи с мужчинами;

— наркоманы, использующие наркотики внутривенно, а тем более с нестерильными шприцами;

— женщины, имеющие многих половых партнеров, в особенности занимающиеся проституцией;

— лица, имевшие половые связи с выходцами из стран, где распространен СПИД (преимущественно США и Африка);

— больные-гемофилики, получавшие до последнего времени импортные препараты крови;

— половые партнеры лиц, зараженных ВИЧ или больных СПИДом;

— дети, родившиеся от матерей — носителей ВИЧ или больных СПИДом.

Какова клиническая картина СПИДа? Какие стадии болезни проходит зараженный вирусом ВИЧ?

Клиническая картина СПИДа носит очень разнообразный и довольно «пестрый» характер. И все-таки в развитии заболевания можно условно выделить 4 стадии.

Первая стадия — *заражение вирусом ВИЧ и первичная манифестная форма заболевания,* которая проявляется у 60—70 % зараженных.

До самого последнего времени считалось общепринятым, что заболевание характеризуется длительным инкубационным периодом, длящимся многие годы. На самом деле оказалось, что у $^2/_3$ из числа инфицированных людей уже через 2—4 недели от момента заражения наблюдается кратковременное заболевание, которое по своей клинической картине напоминает инфекционный мононуклеоз. Так, появляются *двух — десятидневная лихорадка, ангина, увеличение лимфатических узлов, печени и селезенки.* В крови в этот период отмечается снижение лимфоцитов (*лимфопения*).

К концу четвертой недели от момента

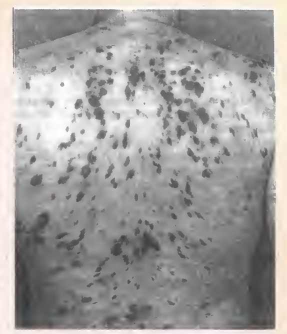
заражения в крови уже могут *обнаруживаться антитела к ВИЧ*. Первичное это манифестное состояние, если оно имело место, сменяется скрытым периодом, длящимся, как показывают, исследования эпидемиологов, иногда годами. Клиническим **проявлением этой второй стадии болезни является лимфаденопатия.**

Под *сидромом лимфаденопатии* понимают увеличение двух или более лимфатических узлов (кроме паховой области), которое длится более трех месяцев, означая, что лимфатическая система подверглась нападению. Синдром лимфаденопатии наблюдается у 80 % зараженных вирусом ВИЧ, может также встречаться при других инфекционных заболеваниях. Лимфаденопатический синдром может сохраняться годами без проявления других симптомов или все же **переходить в следующую (третью) стадию — преСПИД.**

При *преСПИДе* больного начинают беспокоить повышение температуры, обильные поты, особенно ночные, продолжающиеся и в период нормализации температуры. У $^2/_3$ больных отмечается учащение стула или понос. Длительность спонтанно перемежающихся периодов подобного состояния может достигать нескольких лет, но уже в первые месяцы на этой стадии отмечается падение массы тела больного.

Следующая стадия заболевания и есть собственно СПИД, то есть такое ослабление иммунной системы, на фоне которого и возникают так называемые оппортунистические инфекции, опухолевые процессы. Ослабленный вирусом организм не имеет в своем распоряжении достаточного количества лимфоцитов, чтобы обеспечить иммунную защиту от грибков, бактерий и вирусов.

Конечно, каждое присоединившееся инфекционное заболевание или опухолевый процесс можно лечить в отдельности, но до сих пор не найдено еще никакого эффективного средства для полного восстановления иммунитета. В процессе болезни в организм зараженного *проникают все новые вирусы, грибки, бактерии и простейшие,* которые вызывают последующие заболевания, и это продолжается до тех пор, пока организм не становится слишком слабым, чтобы противостоять инфекции.



Множественные узелки на теле больного СПИДом при саркоме Капоши

Что такое оппортунистические инфекции?

Это заболевания, которые никогда не встречаются у лиц с нормально функционирующей иммунной системой или встречаются крайне редко, так как возбудители таких болезней без труда уничтожаются иммунной системой здорового человека, обычно даже не замечается их присутствие в нашем организме. Такие микробы называют *условно-патогенными.* И присоединившаяся, оппортунистическая инфекция является постоянным спутником СПИДа.

При СПИДе опасность представляют более 20 оппортунистических инфекций. Наиболее часто встречающаяся из них, которая наблюдалась у 50 % больных СПИДом (в США), — *пневмония,* вызываемая *пневмоцистой* (вид одноклеточного, относящийся к типу *простейших*). Организм здорового человека в процессе своей жизни неоднократно встречается с этим возбудителем, даже не замечая этого. В отличие от нормального больной СПИДом организм не в силах справиться с пневмоцистой из-за истощения сил иммунной системы, в результате чего развивается тяжелейшая пневмония, которая в половине всех случаев заканчивается смертельным исходом.

У 15 % больных СПИДом развивается *токсоплазмоз*, хотя им часто заболевают люди и с нормальной иммунной системой, например любители кошек и собак, болезиь обычно протекает легко и почти всегда заканчивается полным выздоровлением в отличие от больных СПИДом, у которых токсоплазмоз нередко является причиной смерти. Возбудитель этого заболевания также относится к типу *простейших*.

Большинство больных СПИДом страдают грибковым заболеванием полости рта — *кандидамикозом*. Эти больные плохо поддаются даже общему лечению мощными противогрибковыми антибиотиками. Очень важным осложнением СПИДа является *саркома Капоши* — опухолевое заболевание — частая причина смерти данных больных. В отличие от типичных проявлений саркомы Капоши в этом случае характерно поражение лиц молодого возраста с появлением первичных элементов не на нижних конечностях, а на голове или на туловище, что при типичной классической форме саркомы Капоши встречается преимущественно у пожилых больных.

Относятся ли вирусоносители к больным СПИДом?

Заражение вирусом ВИЧ не всегда и не сразу приводит к возникновению заболевания СПИДом. Большинство зараженных находится в хорошем самочувствии сравнительно длительное время. У части зараженных начало заболевания может проходить бессимптомно, а у 60 % наблюдаются кратковременные симптомы заражения, которые впоследствии совсем исчезают и могут долго не давать поводов для беспокойства.

Саркома Капоши у больного СПИДом

В течение пяти лет после заражения СПИДом заболевают до 30 % инфицированных людей. У них возникают заболевания различной тяжести. Остальные же остаются вирусоносителями, что можно установить только в условиях медицинского учреждения на основании данных лабораторного анализа крови. Вирусоносители представляют такую же опасность заражения для других людей, как и больные СПИДом.

Может ли вирусоноситель распространять ВИЧ при половом контакте?

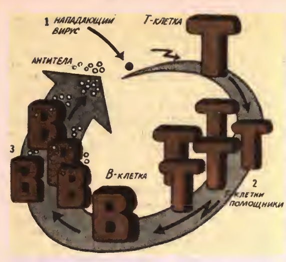
Это самый распространенный путь передачи инфекции. Большинство людей, зараженных ВИЧ, долгие годы не испытывают никаких симптомов заболевания и не подозревают, что они заражены ВИЧ и могут стать источником заражения для других людей.

Сколько больных СПИДом и вирусоносителей существует на сегодняшний день?

По данным ВОЗ, на 12 января 1988 года зарегистрировано 75 392 случая заболевания СПИДом в 130 странах мира. Однако, по оценкам этой организации, число больных в мире составляет не менее 150 тысяч человек, а возможных вирусоносителей — от 5 до 10 миллионов человек. И большинство экспертов прогнозируют увеличение в ближайшие годы числа больных СПИДом примерно в 10 раз. В СССР (май 1988 г.) выявлены 1 больной и 56 вирусоносителей среди советских граждан, а также 3 больных и 271 вирусоноситель среди иностранцев.

Как увеличивается заболеваемость СПИДом в мире? Каковы прогнозы развития заболевания?

Заболеваемость увеличивается в геометрической прогрессии. За год происходит удвоение числа заболевших СПИДом. Если в ближайшие годы всеми людьми не будут применяться меры предупреждения заражения ВИЧ, опустошения, вызванные СПИДом, приобретут поистине апокалипсические масштабы. Полагают, что пик всемирной эпидемии придется на 1990—1991 годы. К этому времени больных будет около миллиона, а число зараженных вирусом иммунодефицита человека превысит 10 миллионов. Половина больных умрет.



СПИД: иммуииый ответ на атаку вируса ВИЧ. Белые тельца крови иазывают Т-клетками иммуииой системы. Размиожаясь, оии образуют Т-клетки - помощиики *2*, в свою очередь активирующие В-клетки *3* иммуииой системы, которые и вырабатывают антитела для обезвреживаиия проиикшего в кровь вируса ВИЧ *1* (схема по материалам журнала «Ди Цайт». Публикуется в изложеиии)

По расчетам европейского бюро ВОЗ, если меры предосторожиости ие будут предприиииматься, в 1993 году в Африке будет заражеи каждый второй, в США — каждый пятый, в Западиой Европе — каждый сороковой, в Восточиой Европе (в том числе и в СССР) — одии из каждых двух тысяч человек.

Есть прогнозы и пострашиее. Так, аиглийский учеиый Джон Сил считает, что пандемия СПИДа в ближайшие 20—30 лет может уиичтожить половииу иаселеиия земиого шара.

Еще раз иужио подчеркнуть, что два последиих прогноза могут сбыться, если ие будет предприиято никаких мер.

Сколько больиых умерло от СПИДа в мире? Каков процеит умерших от СПИДа среди больных?

На сегодияшний деиь в мире иасчитывается более 35 тысяч умерших, среди заболевших СПИДом. Это составило примерио 50 % всех больиых СПИДом.

Имеются ли случаи выживаиия после установлеиия диагноза СПИДа?

Некоторые люди, больиые СПИДом, живут уже пять лет после постаиовки диагиоза, а миогие *бессимптомные вирусоносители,* возможио, ие заболеют СПИДом вообще.

Имеются ли случаи спонтаииого выздоровлеиия при СПИДе?

Самоизлечеиия, без виешиего воздействия после иачала заболеваиия СПИДом, еще ие иаблюдалось. Случаи самоизлечеиия имеют место при всех инфекциях. Инфекция же ВИЧ вряд ли может быть исключеиием. Но ие исследоваио пока, как часто после заражеиия возбудителем СПИДа это может произойти.

Будет ли иайдеиа панацея?

Лекарства помогли человечеству преодолеть страх перед инфекциоиными заболеваниями, миогие из которых были побеждеиы. Одиако борьба с инфекциями продолжается, и до полиой победы еще далеко. Коиечио, бороться с любым заболеваиием легче, когда уже известиа вызвавшая его причииа.

Человек всегда мечтал получить лекарство от болезии. Создаиие лекарств стало показателем полезиости деятельиости оргаиов здравоохраиеиия, потому что, если больиые увереиы в эффекте лекарства, оии проявляют и доверие к лечащим врачам, и к проводимым ими профилактическим мероприятиям. Сами же призывы к профилактике ие встречаются людьми с такой иадеждой, как сообщеиия об изобретеиии лекарстве.

Так, с восторгом пересказывают, иапример, заметку из газеты о получеиии средства от СПИДа из *австралийских каштанов* и с иедоумеиием отиосятся к рекламе презерватива в качестве средства профилактики СПИДа.

Профилактика — самая надежиая защита от заболеваиия. Но оиа требует усилий иад собой, отказа от вредиых привычек и предубеждеиий, утверждеиия здорового образа жизии и иравствеиных прииципов, то есть миогого того, чего иельзя купить в аптеке, чтобы обезопасить себя от болезии. Даже в случае заболеваиия, когда лекарство иеобходимо, ие стоит одиако забывать, что, проиикая в иаш оргаиизм, лекарство выступает лишь только как помощник. Лечеиие должио быть комплексиым и может включать в себя и иелекарствеиные формы лечеиия.

Можно не сомневаться: для тех, кому удалось справиться с собой и пойти по пути профилактики болезни,— панацея уже найдена.

Почему не проверяют на антитела к ВИЧ всех людей?

Проверка всего населения на антитела к вирусу иммунодефицита человека дело очень дорогостоящее и пока не доступное практическому здравоохранению. Так как его трудно организовать повсеместно и одномоментно, то оно будет только частично эффективным. Кроме того, количество зараженных в СССР настолько мало, что затраты на их поиск не оправдывают себя. Следовательно, гораздо целесообразнее обследовать лиц из групп риска, лиц, обращающихся в кожно-венерологические диспансеры с подозрением на венерические заболевания, а также доноров крови. Проверяя этих лиц, мы сужаем поиск зараженных, поскольку многолетний опыт борьбы со СПИДом в других странах убеждает нас в том, что именно среди данных контингентов следует искать больных СПИДом и вирусоносителей.

Где лечат больных СПИДом?

Больных СПИДом лечат в специализированных отделениях инфекционных больниц. Больные СПИДом не представляют опасности для других больных и медицинских работников, следующих правилам безопасности.

Будут ли организованы специальные больницы для лечения больных СПИДом или дома по уходу за ними?

В Москве открыто специализированное отделение на базе 2-й инфекционной больницы. По мере необходимости специализированные отделения будут открываться и в других городах страны.

Почему органы здравоохранения не изолируют лиц, у которых обнаружены в крови антитела к ВИЧ, чтобы предотвратить распространение заболевания?

Во-первых, СПИД в быту не заразен. ВИЧ не передается воздушно-капельным путем, при рукопожатии, совместной работе или учебе. От донорства вирусоноситель отстраняется. К заражению может привести только половая связь.

Указ Президиума Верховного Совета СССР **«О мерах профилактики заражения вирусом СПИД»**, принятый в августе 1987 года, предусматривает, что лицо, поставившее другое лицо в опасность заражения СПИДом, наказывается тюремным заключением на срок до 5 лет, а если заражение произошло,— на 8 лет. Следовательно, выявленные носители вируса гораздо менее опасны, чем те, кто о своем заражении не знает, и, продолжая вести распутную жизнь, заражает подобных себе легкомысленных людей.

Правильно ли держать в секрете диагноз больного СПИДом?

Так как человек, которому был поставлен диагноз СПИДа или инфекции ВИЧ, не создает риска для окружающих людей (соседей, коллег по работе, членов семей и других), состоящих с ним в обычном контакте, нет необходимости оповещать всех о его диагнозе. Опасен такой человек только для своих половых партнеров. Если же заражен только один из супругов, они сами решат, продолжать ли совместную жизнь. Более того, если оба супруга заражены ВИЧ, то интимные отношения нет оснований прекращать. В таком случае, однако, не следует рассчитывать на потомство, так как риск рождения зараженного ребенка от зараженной матери составляет 50 %.

Какие предусмотрены меры по предотвращению распространения СПИДа в нашей стране?

В настоящее время в СССР выполняется государственная программа борьбы со СПИДом. Сейчас создана сеть специализированных лабораторий, позволяющих ставить тесты на наличие антител к ВИЧ в крови, проводить диагностическое обследование всех желающих, вести учет и наблюдение за носителями вируса, оказывать консультативную помощь населению по профилактике заражения СПИДом.

Такие лаборатории созданы во многих городах Советского Союза. В настоящее время действует 240 лабораторий. В кратчайшие сроки были созданы отечественные тест-системы для обнаружения антител к ВИЧ. Начато обследование доноров, групп риска, лиц, приезжающих в

СССР из-за рубежа и советских граждан, возвращающихся из-за рубежа. **Разрабатываются новые противовирусные препараты и лекарства, а также ведутся исследования по созданию вакцины против СПИДа.**

Одной из важнейших мер профилактики СПИДа является **наращивание производства шприцов и игл одноразового пользования,** безопасных систем для **гемодиализа,** диагностических тест-систем. К техническим мероприятиям относится **введение обязательной термической обработки препаратов** (там, где не страдает их биологическая активность), получаемых из крови доноров и предназначенных для введения больным и здоровым лицам с лечебной и профилактической целью. **Проверяется донорская кровь на наличие антител к вирусу,** вызывающему СПИД.

Как можно выявить заражение ВИЧ?

Факт заражения можно установить только на основании данных специального анализа крови на наличие антител к вирусу, изучения анамнеза больного и тщательного медицинского осмотра врачом-специалистом.

Обследование можно пройти **анонимно,** лично явившись в кабинет анонимного обследования без предъявления каких-либо документов.

Обязательное обследование на наличие в крови антител к ВИЧ проходят доноры крови, лица, возвратившиеся из-за рубежа, если они находились там свыше 3 месяцев, иностранные граждане, прибывающие в страну на срок более 3 месяцев. Планируется также обследование беременных женщин.

Какими методами определяется заражение ВИЧ?

Заражение ВИЧ определяется по анализу пробы крови пациента при помощи *иммуноферментной реакции,* которая позволяет выявить антитела к ВИЧ, то есть защитные вещества, которые вырабатываются организмом против вируса и по наличию которых можно судить о том, имел ли организм когда-либо контакт с данным вирусом. Если антитела обнаружены, то проводится повторный подтверждающий тест по другому, более сложному методу определения антител (*вестернблот* или *иммуноблот*). Однако даже при положительном результате подтверждающего теста пациент нуждается в тщательном клиническом осмотре врачом специалистом. Окончательный диагноз может поставить только врач на основе лабораторных анализов и данных медицинского осмотра.

Каков порядок и процедура анонимного обследования на СПИД?

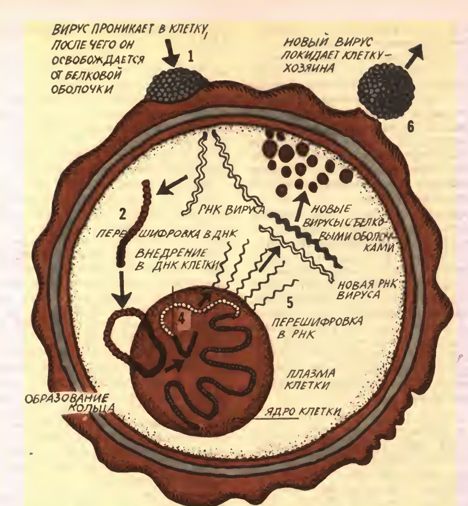
Для того чтобы обследоваться на СПИД, нужно лично прийти в анонимный кабинет. Посетителю предлагается заполнить анонимную анкету, в которой приведен ряд вопросов. Ответы на них позволяют уточнить врачу предполагаемый диагноз. Номер анкеты в дальнейшем служит шифром, назвав который посетитель узнает результат анализа крови (обычно по телефону, в назначенный срок).

Для проведения анализа необходимо сдать 5 мл крови из вены. Забор крови производится одноразовыми шприцами, что полностью исключает возможность заражения вирусом при взятии крови.

Пробирка с кровью шифруется и доставляется в лабораторию. О результате анализа посетитель узнает уже по телефону, назвав свой шифр. Если результат отрицательный, то пациенту не следует больше возвращаться в кабинет. **Если же результат положительный, то его просят прийти еще раз на медицинское обследование** для более углубленного исследования (также с соблюдением полной анонимности), **и только затем, при подтверждении диагноза,** ему назначается амбулаторное лечение. Через определенное время вирусоносители повторно сдают кровь для проведения анализа. Они регулярно посещают кабинет для осмотра врачом и наблюдения за лечением.

Где можно пройти анонимное обследование на наличие возбудителя СПИДа?

Анонимное обследование на наличие возбудителя СПИДа может пройти любой гражданин СССР. Впервые кабинет анонимного обследования был открыт в Москве на базе Центрального научно-исследовательского института эпидемиологии Минздрава СССР в 1987 году.



Цикл размиожения вируса ВИЧ в лимфоците (Т-клетке-помощнике). Проникая в клетку *1*, вирус освобождается от своей оболочки, в подвижиом его геноме происходит перешифровка РНК в ДНК *2* с образоваиием кольца *3*, внедреиием в ядро клетки и при оедииеиием вирусиой ДНК к ДНК клетки-хозяииа *4*. В результате измеиеиий в наследствеииой программе клетки и размиожеиия *5* с перешифровкой ДНК клетки в РНК вируса появляется следующее «поколеиие» вирусов, покрывающихся белковыми оболочками и готовящихся покииуть гибиущую клетку-хозяииа *6*, чтобы внедриться в другие такие же клетки иммуииой системы для воспроизводства иового цикла размиожеиия (схема по материалам журиала «Дискавер». Публикуется в изложеиии)

В настоящее время он не едннственный. В соответствнн с государственной программой борьбы со СПИДом в СССР сеть спецнальных лабораторий позволяет тестнровать населенне на наличне в кровн антнтел к ВИЧ, осуществлять диагностнческое обследованне населення н амбулаторное наблюденне за вирусоноснтелямн, оказывать консультатнвную помощь населенню в профилактике заражения ВИЧ. Такне лабораторнн действуют во многнх городах Советского Союза.

Что показала практика проведения анонимного обследовання населения на СПИД?

Аналнз анкет, заполненных посетнтелямн аноиимного кабнета в Москве, показал, что средн ннх мало лнц, относящнхся к основным группам риска заражения внрусом ВИЧ (гомосексуалисты, простнтутки, наркоманы). По-виднмому, этот контингент не вернт в подлнннную аноннмность обследования. С другой стороны, толпы людей, собнрающнеся в прнемные часы у дверей

кабинета, свидетельствуют о необходимости расширения сети подобных кабинетов. Многие приезжают из различных городов страны, в том числе и иностранные граждане. Только за первое время работы (10 месяцев) анонимное обследование прошло около 10 тысяч человек. В результате произведенных исследований обнаружено 4 случая заражения ВИЧ. Эти люди теперь регулярно проходят обследование (с соблюдением его анонимности), получая амбулаторно соответствующее лечение.

Примечательно, что подавляющее большинство посетителей кабинета — лица повышенно эмоциональные и мнительные. Например, мужчина (возраст около 50 лет, врач по образованию) в течение 4 месяцев пытался убедить персонал кабинета в том, что у него СПИД. Несмотря на абсолютно отрицательные результаты многократных анализов крови, он настаивал на том, что от него скрывают подлинный диагноз — СПИД. Впоследствии выяснилось, что он страдает шизофренией и находится на амбулаторном лечении.

Страх перед СПИДом заставил обратиться в кабинет многих мужчин, припомнивших свои супружеские измены 20—25-летней давности. Многих в кабинет привело обнаружение у себя тех или иных признаков, имеющих место как при СПИДе, так и при ряде других инфекционных заболеваний.

Так, например, увеличение паховых лимфатических узлов при венерических болезнях, уретрите и др., расстройство стула при различных отравлениях пищевыми продуктами и при кишечных инфекциях, ночные кошмары, плохой сон, расстройства памяти и другие признаки, которые могут встречаться как у больных, так и у здоровых людей, послужили причиной для посещения анонимного кабинета.

Следует отметить, что по одному какому-либо признаку невозможно определить наличие заболевания, тем более при СПИДе, где решающую роль играют образ жизни больного (отношение его к какой-либо группе риска заражения ВИЧ), а затем уже симптомы заболевания и данные лабораторного анализа крови.

Откуда получил свое распространение СПИД?

На этот счет существует несколько версий.

Некоторые ученые утверждают, что из США, так как именно там были описаны и выявлены первые случаи заболевания. Большинство авторитетных специалистов сходится во мнении, что СПИД происходит из Центральной Африки. **Эта гипотеза также имеет две версии.**

Первая утверждает, что вирус давно существовал и циркулировал в изолированных от внешнего мира районах, например в племенных поселениях, затерянных в чаще джунглей. А со временем, с увеличением миграции населения и урбанизации в Африке, начал распространяться. Действительно, африканские города принадлежат к наиболее быстрорастущим в мире на сегодняшний день. Уровень жизни низкий, и все чаще наблюдается рост трущоб в этих городах. Это же приводит к распространению проституции в поисках избавления от голода и нищеты. Такая среда является самой благодатной для распространения СПИДа.

Другая версия отстаивает точку зрения, что возникновению СПИДа способствовал повышенный уровень радиации, возникший за счет богатых залежей урана в некоторых районах Африки. Под воздействием *высокого радиоактивного фона произошла мутация вируса,* который имелся у местных мартышек, сделавшая его опасным для человека.

Предлагаемая схема распространения вируса на другие континенты исходит из *теории африканского происхождения СПИДа.*

Что известно о возбудителе СПИДа?

В 1983 году французский ученый *Л. Монтанье* и американский исследователь *Р. Галло* обнаружили вирус, который способен вызывать СПИД. *Международный комитет ВОЗ по номенклатуре* дал название этому вирусу — **вирус иммунодефицита человека (ВИЧ).** Возбудитель СПИДа *относится к семейству ретровирусов* — единственному из известных семейств живых существ, которые на основе своей РНК способны воспроизводить (синтезировать) молекулу наследственности (ДНК), в то время

как обычно происходнт наоборот. ВИЧ один из самых вариабельных вирусов, существующих в природе.

К этому семейству относятся и *онковирусы,* вызывающие различные опухоли у жнвотиых (у человека обнаружеи только одии случай *лимфосаркомы*). В отличие от них **ВИЧ, относящийся к подсемейству лентивирусов,** лишь убивает пораженные им клетки и не способен вызывать их безудержное размножение (деление) — *опухолевый рост.*

ВИЧ в организме человека быстро измеияет свои свойства. Вирус, выделенный на разных стадиях заболевания СПИДом, отличается от исходного вируса, который вызвал заражение. Особеино быстро нзмеияются поверхностные белки внрусиой частицы, которые отвечают за формнрующийся иммунитет. Учеиыми подсчитано, что мутации, вызывающие эти измеиения, происходят с частотой 1000 на геи в год. *Генетическая неустойчивость* вируса усложняет не только разработку вакцнны, ио и эффектнвиых лекарствениых средств.

В чем выражается болезиетворное действие возбудителя СПИД?

Исследователямн устаиовлено, что при попадаиии в органнзм ВИЧ размножается в клетках иммуиной системы — Т-лимфоцитах и моноцитах, извращая их фуикции. Это прнводит к иарушению иммуинтета и как следствие к присоедииеиию сопутствующей (**оппортуиистической**) инфекции. За счет резкого угнетения иммунной снстемы отмечается увеличенне вероятиости возннкиовеиия опухолевых процессов. В отдельных случаях, когда мишеиью для возбудителя СПИДа служат *глиальные клетки центральной нервной системы,* это приводит к их разрушению и развитию неврологнческих форм заболеваиия.

Вирус использует *клетки иммунной системы* человека для питаиия и размиожеиия, внедряя свой генетический код в наследственную информацию, содержащуюся в хромосомах человека. В обычных физиологических условиях это было бы невозможно, так как в качестве иосителя наследствениой ииформации этот вирус имеет РНК, а клетки иммуиной системы человека — ДНК. Но **благодаря обратиой траискриптазе** — ферменту перешифровщику, который находится в ВИЧ, возможен перенос генетической информации с РНК вируса иа ДНК клеток иммуниой системы человека.

Стыковка молекул происходит следующим образом: после того как ВИЧ проннкает в лнмфоцит с помощью имеющегося в нем фермеита (обратной транскриптазы), используя белки поражаемой им клетки иммуиной системы, вирус способеи превратить теперь свою РНК в ДНК, которую и присоединяет в хвостовой конец цепочки ДНК лимфоцита. Теперь наследственную молекулу иммунокомпетентной клетки невозможно распознать. Далее иаследствениая ииформация вируса размножается, а иммунокомпетентиая клетка оргаиизма человека теперь «работает» иа внрус, окружая иаследствеиную субстанцию его белковыми оболочками, чтобы вновь образованные вирусы могли покидать клетки и отыскивать новые лимфоциты (иммуиокомпетентиые клетки), внедриться в них н принудить к новому циклу размножения. Так клетки иммуниой системы гибиут в дальиейшем из-за поражения ВИЧ.

Существуют, как известио, две разиовидиости вируса иммуиодефицита человека, в чем их отличие?

На сегодняшний день известны два типа ВИЧ. Оии имеют одинаковую структуру и характеристику, но различный генетический код. **ВИЧ-1** распространен во всем мире — в странах Амернки, Европы, Азнн, а также Центральной Африки. **ВИЧ-2** встречается преимуществеино в Западной и Южиой Африке: в Сеиегале, Гвинее, Кот д'Ивуаре, Малн, Гвинее-Бнсау. ВИЧ-2 был открыт в 1985 году французским внрусологом Л. Монтанье.

Если ВИЧ-1 лишь отдаленно иапомниает тот внрус, носителями которого являются обезьяны, то ВИЧ-2 на 80—90 процентов похож на внрус обезьян (по отдельиым белкам вирусной частнцы очеиь схожи иммунологическне реакции на ннх). Это дает осиованне предполагать, что вирусы, вызывающие СПИД, имеют общего предшественника. Некоторые исследователи работают иад расшифровкой *эволюционного «древа развития»* вируса.

Повсеместно, где обнаружен ВИЧ-2, многие виды обезьян являются носителями вируса, иммунологически очень схожего с ВИЧ-2, поражающего человека (хотя у самих носителей — обезьян этот вирус не вызывает заболеваний).

Допускают, что этот *обезьяний вирус* попал к человеку при раннем его животным. Оба типа ВИЧ в диаметре не превышают 100—140 нм и в очень высоких концентрациях обнаруживаются в крови и сперме больных людей. Это соответствует современным представлениям о путях передачи возбудителя СПИД через половые контакты и кровь.

При исследовании в электронном микроскопе оба типа вируса обнаруживаются и в виде почкообразных частиц с серпообразным ядром, отделенным от клеточной поверхности пораженных Т-лимфоцитов, и в виде незрелых свободных частиц с серпообразным ядром, а также зрелых вирионов, со сжатым, эксцентричным, очерченным ядром. Оба типа ВИЧ отличаются друг от друга по количеству присоединенных аминокислот, по массе фермента эндонуклеазы и особого фермента — обратной транскриптазы.

Будут ли возникать новые штаммы вируса, будут ли они изменяться, приспосабливаться к животным, будут ли отмирать отдельные штаммы?

Новые штаммы возникают и отмирают постоянно вследствие естественных мутаций, частота которых может возрастать под воздействием химических агентов и радиации. В популяции обязательно представлено несколько штаммов вируса, и с течением времени наступает смена доминирующего штамма. Это не означает, что вирус иммунодефицита человека может изменяться беспредельно и так, что со временем обязательно приобретет способность передаваться, скажем, воздушным путем и т. д.

До сих пор отмечалось только приспособление возбудителей болезней животных к человеку, но не наоборот.

Будет ли процесс возникновения новых штаммов контролироваться человеком?

Исследователи уже сейчас тщательно изучают вопросы, связанные с изменчивостью вируса. Лишь в этом смысле контроль и будет осуществляться. Дело в том, что активно вмешиваться в эволюцию возбудителей, мягко говоря, легкомысленное занятие.

Какие группы риска существуют на сегодняшний день? Предполагается ли в будущем изменение групп риска: сужение или расширение, а также численный рост в группах?

В СССР в настоящее время наибольший риск в отношении заражения ВИЧ представляют половые связи с иностранцами, приезжающими в СССР из стран с высокой заболеваемостью СПИД. **Это касается как гомосексуальных, так и гетеросексуальных контактов.** Из 43 советских граждан — носителей вируса лишь у трех тщательно скрывавших свои связи гомосексуалистов не удалось выявить зарубежного источника заражения. В дальнейшем, однако, нельзя исключить возможность более широкого проникновения вируса в нашу страну, при этом следует, вероятно, ожидать достаточно активной гетеросексуальной передачи вируса.

Как устанавливают в настоящее время заражение ВИЧ?

Заражение ВИЧ устанавливают при помощи лабораторной диагностики, которая основывается на обнаружении специфических антител, вирусного антигена, вирусного генетического материала.

Антитела и антигены определяют при помощи *иммуноферментных реакций,* имеющих довольно высокую чувствительность, но относительно малую специфичность. Поэтому тесты эти рассматриваются как первый предварительный этап лабораторной диагностики. В дальнейшем проводятся более сложные, **подтверждающие тесты** — так называемый *иммуноблот* и *молекулярная гибридизация.* Иммуноблот позволяет выявлять антитела к отдельным вирусным белкам, а метод молекулярной гибридизации — обнаруживать вирусный генетический материал в лейкоцитах больных.

Насколько надежным является тест для скрининга анализов крови среди населения?

Тест на антитела к ВИЧ производится *методом иммуноферментного*

анализа **(ИФА)** с подтверждением положительных результатов с помощью более специфичного теста на антитела, известного как *вестернблот* или *иммуноблот,* который является высокоэффективным тестом для определения антител к ВИЧ.

Вестернблот применяется всегда при проверке ИФА, так как ИФА дает, к сожалению, до 5 % ложных положительных результатов. Ошибки ИФА-теста полностью исключаются при проверке на вестернблот. В настоящее время разработаны отечественные тест-системы для определения антител к ВИЧ, а также иммуноблот для подтверждения этих данных.

Каковы пути развития лабораторной диагностики СПИДа?

Развитие лабораторной диагностики предусматривает создание более совершенных тест-систем, позволяющих выявлять инфекцию ВИЧ как можно раньше, быстрее, дешевле, не требующих дорогого оборудования и высококвалифицированного персонала. Все разработки ведутся в направлении выполнения этих требований.

Будут ли созданы принципиально новые способы диагностики?

Все возможные принципы диагностики сводятся к обнаружению вируса, его отдельных компонентов или антител к ним. Следовательно, принципиально новых способов создано не будет. Но, несомненно, будут предложены более совершенные методы обнаружения указанных структур — менее трудоемкие, быстрые.

Почему обсуждается вопрос о том, нужна ли вакцина против СПИДа?

Как известно, вакцинация является одним из наиболее эффективных профилактических методов борьбы с инфекционными заболеваниями, рассчитанным на здоровых людей. Вакцинация против вируса иммунодефицита человека, вызывающего СПИД, никогда не проводилась. **Вакцин пока нет.** В чем же состоит проблема создания такой вакцины и *оправдает ли она надежды, возлагаемые на нее? Вряд ли.*

Как было отмечено, ВИЧ чрезвычайно быстро изменяет свои свойства и, выделенный на разных стадиях инфекции, резко отличается от исходного вируса, который вызвал заболевание. Даже такой вариабельный вирус, как вирус гриппа, не способен изменяться с такой быстротой. Генетическая изменчивость ВИЧ резко усложняет разработку вакцины.

Другой важной проблемой является то, что ВИЧ очень чувствителен к воздействию окружающей среды, что едва удается его очистить, то есть отделить от ненужных балластных веществ. Еще труднее вырастить его в лимфоцитах, выделить его поверхностные белки. Культивация вируса является весьма дорогостоящим мероприятием и проводится преимущественно в небольших исследовательских лабораториях, что, в свою очередь, значительно увеличивает сроки разработки вакцины. Далее, ВИЧ нельзя переносить на животных, чтобы получить от них компоненты для изготовления вакцины.

Чтобы начать всемирную вакцинацию против СПИДа, потребовались бы громадные запасы доз вакцины. А в настоящее время темпы распространения болезни настолько высоки, что могут намного опередить потенциальные возможности массовой вакцинации населения. При этом следует учитывать также, что от момента создания вакцины до массовой вакцинации проходит длительный период, включающий в себя очистку вакцины от балластных веществ, эпидемиологическую апробацию ее на добровольцах, наконец, наработку больших доз вакцины.

В качестве примера можно привести вакцинацию против натуральной оспы: для ликвидации этой инфекции с помощью вакцины понадобилось почти 300 лет напряженного труда. Специалисты подсчитали, что если направить все имеющиеся ресурсы на создание вакцины против СПИДа, понадобится по крайней мере от 5 до 15 лет.

Какие подходы существуют к созданию вакцины? Как изменится диагностика в случае вакцинации?

Существует много подходов к созданию вакцины. Один из подходов заключается в том, что, манипулируя генами вируса натуральной оспы, добавляют к

ним гены ВИЧ, стремясь изменить свойства оспенного вируса так, чтобы получить в итоге активный прививочный материал против возбудителя СПИДа. Другие ученые пытаются синтезировать химическим способом из аминокислот несколько небольших фрагментов поверхностных белков возбудителя СПИДа.

Однако **пока никто не знает, какой фрагмент вируса следует ввести в вакцину или синтезировать,** чтобы получилась эффективная вакцина. И если эти эксперименты достигнут цели, возникнет другая проблема, связанная с вакцинацией: **кого вакцинировать?** Представителей так называемых групп риска или все здоровое население? Ведь использование такой вакцины сделает невозможной применяющуюся теперь диагностику болезни, так как и больные и здоровые лица будут иметь в крови антитела к ВИЧ. Переход на другие способы диагностики, *нахождение непосредственно вируса в крови, потребует многомиллионных дополнительных расходов.*

Не случайно в заключительном документе, который был принят на Международном конгрессе по СПИД в Вашингтоне (1987 г.), сказано: *«Мы предвидим успех не вакцины, а препарата, подавляющего вирус. Разработка таких препаратов быстро продвигается и скоро даст обнадеживающие результаты».*

СПИД вызывается различными видами ВИЧ. Сейчас это наиболее подробно исследованный в истории медицины вирус. В его структуре обнаружено множество уязвимых мест, через которые можно разрушить вирус или контролировать его деятельность. Вакцинирование против СПИДа, опробованное главным образом на шимпанзе, не принесло никаких результатов, подчеркивалось далее, «иммунная система организма вырабатывает антитела к ВИЧ, но они, даже присутствуя в организме в высокой концентрации, по неизвестной причине не могут бороться с самим вирусом». На этом конгрессе в выступлении лауреата Нобелевской премии Дэвида Балтимора было замечено: *«Если год назад в качестве минимального срока выработки эффективной вакцины против вируса иммунодефицита человека называлось пять лет, то теперь перспектива создания вакцины значительно отдалилась».*

Будет ли найдено средство лечения инфекции ВИЧ?

Да, это будет **препарат, активно подавляющий ВИЧ.** По-видимому, такие препараты появятся в ближайшие 3—4 года. Каков будет механизм действия препарата, существуют различные мнения, исследователи идут к цели разными путями.

В настоящее время доказана временная эффективность применения у больных СПИДом *азидотимидина.* Хотя препарат этот не излечивает полностью заболевание, но вызывает довольно стойкое улучшение его течения. Азидотимидин был синтезирован более четверти века тому назад как антибластомное средство. Однако онкологи почти сразу отказались от него из-за высокой стоимости препарата и сравнительно низкого противоопухолевого эффекта.

Азидотимидин является *аналогом тимидина и блокирует размножение вируса.* Препарат частично восстанавливает пораженную иммунную систему за счет блокады размножения вируса иммунодефицита в организме больного. Профилактическое применение азидотимидина у вирусоносителей снижает возможность развития СПИДа в 15—20 раз.

Какие препараты используются для лечения оппортунистической инфекции при СПИДе?

При лечении пневмонии, вызванной пневмоцистой, подавляющее большинство клиницистов препаратом выбора считает бисептол, и только в случае неэффективности этого препарата рекомендуют пентамидин. Следует особо подчеркнуть, что если одной группе ученых удалось получить положительные результаты лечения, то другая не смогла отметить положительного эффекта от этих препаратов. У больных СПИДом длительность выделения пневмоцисты при первом курсе терапии может достигать 2—3 недель.

Заболеваемость и летальность при пневмоцистной пневмонии может быть в известной мере снижена за счет ранней диагностики и терапии. При пневмониях, осложняющих СПИД, большое внимание наряду с антимикробной терапией уделяется неспецифическим методам лечения (улучшение вентиляции легких, пра-

вильное и рациональное питание, отказ от вредных привычек — курение, употребление алкоголя).

У взрослых и детей, страдающих СПИДом, наибольшую опасность представляет *кандидамикоз — грибковое заболевание.* Это осложнение встречается почти у всех больных СПИДом (наиболее тяжелая форма — специфический эзофагит). Местное лечение данного заболевания (нистатин, клоитрозамол) не эффективно. В качестве препарата общего действия применяются противогрибковые антибиотики — кетоконозол и амфотерицин.

Токсоплазмоз у больных СПИДом, проявляющийся обычно в виде поражения ЦНС, наступает, по-видимому, в результате повторной активации предшествующей латентной инфекции. Клиническое улучшение часто наступает после продолжительного лечения сульфаниламидными препаратами, однако улучшение носит кратковременный характер, а рецидив заболевания, как правило, наступает через несколько недель после прекращения лечения.

Медикаментозная терапия, по существу, может рассматриваться как один из видов повышения функциональной активности иммунной системы, так как она оказывает действие на инфекционные агентные опухолевые клетки, подавляя бластоматозную активность. Однако *основное внимание* при попытке восстановить иммунную систему *уделяется не химиопрепаратам, а иммуномодуляторам и средствам заместительной терапии.*

Следует отметить, что применение *иммуномодуляторов — интерлейкина-2, интерферона* — давало лишь кратковременное улучшение иммунного статуса больных. Использование других иммуномодуляторов (таких, как различные гуморальные факторы тимуса, левамизол и др.) также не дало обнадеживающих результатов при их клиническом применении.

Лечение у больных СПИДом *внелегочного туберкулеза,* вызванного возбудителем свиного туберкулеза, представляет собой исключительно сложную задачу, так как около 90 % выделенных штаммов возбудителя оказываются устойчивыми к противотуберкулезным препаратам — *изониазиду, рифампицину, стрептомицину.* Имеются данные об относительной эффективности комбинированных схем лечения, включающих *цефалоспорины* или *амикацин.*

Почти у всех больных СПИДом в анализах крови имеются серологические доказательства предшествующей *цитомегаловирусной инфекции.* Данный возбудитель может быть выделен из крови, спермы и слюны подавляющего большинства больных. В клинических условиях ряд противовирусных препаратов (таких, как *ацикловир, видорабин, интерферон*) дает кратковременное улучшение состояния. То же можно сказать о лечении ацикловиром местных поражений, вызываемых вирусом простого герпеса.

Саркома Капоши — сосудистая опухоль, достаточно широко распространенная в Африке (преимущественно в Заире), приобретает черты особенно резко выраженной злокачественности в тех случаях, когда она является частью симптомокомплекса СПИДа. Существует предположение об этиологической связи саркомы Капоши с цитомегаловирусной инфекцией; не исключена подобная связь данного заболевания и с ВИЧ.

Для лечения саркомы Капоши наряду с интерфероном и рентгеновским облучением применяется комплекс химиотерапевтических средств цитотоксического действия (адрианомицин, винбластин, винкристин и др.). На ранних стадиях саркомы Капоши в ряде случаев удается добиться временного улучшения, обеспечивающего выписку больного из стационара и переход его на амбулаторное лечение.

● ● ●

ОТВЕЧАЕМ НА ВАШИ ПИСЬМА

Судя по письмам, читателей интересуют вопросы о том, как конкретно происходит анонимное обследование, какие проблемы при этом возникают? В Москве, на 8-й улице Соколиной горы, работает кабинет анонимного обследования на СПИД. По просьбе редакции с вопросами сюда обратилась наш корреспондент Ирина БАКАНОВА.

ЗА ДВЕРЬЮ АНОНИМНОГО КАБИНЕТА...

По средам и субботам здесь многолюдно. Еще задолго до открытия кабинета собираются посетители. Желающие обследоваться приезжают не только из различных районов Москвы, но и из других городов страны, хотя подобные кабинеты в этом году открыли свои двери в нескольких крупных городах.

Посетители заполняют анкеты. Лаборант быстро и четко выполняет процедуру взятия крови — это занимает всего несколько минут. Работать персоналу требуется слаженно, ведь за дверью кабинета много ожидающих. Им достаточно просто сдать кровь, а о результате они узнают по телефону спустя два дня. Желающие могут проконсультироваться у врача. Сегодня прием ведет заведующий сектором Центрального научно-исследовательского института эпидемиологии, кандидат медицинских наук **В. Покровский**.

— Вадим Валентинович, что послужило причиной создания кабинета анонимного обследования в Москве?

— Кабинет анонимного обследования был открыт для того, чтобы оценить распространенность вируса среди тех людей, которые не хотели бы афишировать свой образ жизни. Со временем стало ясно, что обследование также позволяет избавить от необоснованных страхов обращающихся к нам психически неустойчивых субъектов. Хотя идея создания кабинета обсуждалась уже давно, чтобы открыть его требовалась помощь средств массовой информации. Надо было разъяснить цели и задачи кабинета, безусловность соблюдения анонимности обследования. Объявление об открытии кабинета было сделано по Всесоюзному радио 21 февраля 1987 года, а 25 февраля кабинет начал свою работу.

— Каковы функции кабинета? Изменились ли они со времени его создания? Кто работает в нем?

— Функций у кабинета несколько: выявление инфицированных носителей вируса, оценка распространенности вируса в разных контингентах населения и т. п. Постоянно работают в кабинете фельдшеры-лаборанты Московского стоматологического института им. Н. А. Семашко (кафедра инфекционных болезней) А. Мазус и Е. Иванченко, тестирование крови в лаборатории осуществляют лаборанты из ЦНИИ эпидемиологии Ю. Родионов, М. Евсеев, Т. Мангушев и другие.

— О чем говорит опыт? Требуется ли разъяснительная работа по профилактике заражения СПИДом для конкретных возрастных групп?

— Наиболее опасен для заражения возраст наивысшей сексуальной активности — 18—35 лет. Поэтому такая работа, несомненно, должна быть ориентирована на разные возрастные группы. Здесь требуется дифференцированный подход.

— Как известно, вам удалось выявить случаи заражения возбудителем СПИДа. А можно ли их типизировать по причинам заражения?

— Основная группа зараженных — это лица, вступавшие в интимные связи с иностранцами.

— Существуют ли различия в причинах заражения у мужчин и женщин?

— Причины одни и те же — половые связи с носителями вируса.

— На какие особенности психологии посетителей кабинета анонимного обследования вы обратили внимание?

— Это люди, беспокоящиеся о своем здоровье.

— Часто ли вам приходится сталкиваться при выяснении анамнеза зараженного ВИЧ пациента с сокрытием фактов, приведших к заражению?

— Почти никогда. Ведь не случайно о нас говорят «кабинет доверия».

— Вы стремитесь к созданию обстановки доверия в кабинете. А все ли выявленные в кабинете инфицированные обращаются в кабинет повторно для подтверждающего обследования и лечения?

— Те, кто не доверяют, вообще к нам не обращаются. А интересующих вас случаев было всего два из 12. Оба раза оказывались женщины, по-видимому, очень мнительные. И, вероятно, они и сейчас продолжают мучиться вопросом, идти или не идти на повторное обследование.

— Госпитализируют ли всех выявленных зараженных ВИЧ?

— Пока нет прямых показаний для лечения в больнице, выявленные в анонимном кабинете зараженные лечатся амбулаторно.

— Как воспринимаются сообщения об установленном диагнозе? Верят ли люди в

возможность излечения? Как отражается это на восприятии ими своего будущего?

— Надо полагать, что вряд ли кто-либо стал радоваться такому диагнозу. Как правило, первая реакция — недоверие, затем — уныние. Лишь при психологической поддержке врача удается вернуть носителя вируса к активной деятельности.

— Когда диагноз установлен и стало ясно, что человек заражен ВИЧ. Что дальше? Сопротивление болезни бесполезно или борьба за себя может дать организму шанс на продление жизни, замедление развития болезни?

— Полагаю, что оптимистическая установка помогает бороться с вирусом как инфицированным, так и больным.

— Какие специфические признаки заболевания позволяют заподозрить у себя СПИД? В каких случаях следует обращаться в анонимный кабинет?

— К врачу надо обращаться не тем, кто находит сам у себя мифические «признаки» болезни, а тем, у кого высок риск заразиться. Кстати, оценить его может каждый самостоятельно по составленному нами по просьбе редакции «Факультета здоровья» тесту.

Многие посетители кабинета ошибочно считают, что антитела к ВИЧ можно обнаружить в крови на следующий день после интимной близости с зараженным ВИЧ. Однако с абсолютной достоверностью антитела к ВИЧ обнаруживаются спустя 6 месяцев со дня предполагаемого заражения, а первые антитела появляются в крови через 2—3 недели после заражения.

— В случае заражения ВИЧ дает ли обращение в кабинет анонимного обследования надежду на выздоровление?

— Своевременное обращение значительно повышает шансы благодаря профилактическому лечению.

— Кому вы советуете в первую очередь провериться на наличие вируса иммунодефицита человека?

— Лицам, имевшим половые связи с иностранцами, мужчинам, имевшим половые связи с мужчинами, и всем, у кого было много половых партнеров.

— Следует ли проверяться на наличие ВИЧ молодоженам при планировании потомства?

— Молодоженам при обоюдном их согласии целесообразно обследоваться, а тем более если у кого-то из них имелось много добрачных половых партнеров.

— Как вы относитесь к перспективе перевода анонимного кабинета на хозрасчет? Как это отразится на работе кабинета? Не повредит ли это делу выявления зараженных?

— Положительно, ведь обслуживание в кабинете нельзя бесконечно вести на общественных началах, а тех, кто хочет обследоваться, не остановит небольшая плата.

— Что-нибудь мешает работе анонимного кабинета?

— Работе анонимного кабинета ничто и никто не мешает. Главное, что работа

Самоконтроль риска заражения вирусом ВИЧ (тест В. В. Покровского)

Вопросы	Ответы	Баллы
Вступали ли в половую связь с лицами вашего пола?	Да	10
	Нет	0
Вступали ли в половую связь с иностранцами:	Да	10
из США, Африки?	Да	5
из Латинской Америки, Западной Европы?	Да	2
из других стран	Нет	0
Использовали ли нестерильные шприцы и иглы к ним, употреблявшиеся другими лицами?	Да	10
	Нет	0
Страдаете ли гемофилией?	Да	5
	Нет	0
Вступали ли в половую связь с лицами, принимающими наркотики?	Да	10
	Нет	0
Или только предполагаете?	Да	5
Вступали ли в половую связь с мужчиной, имевшим гомосексуальные контакты?	Да	10
	Нет	0
Или только предполагаете?	Да	5
Укажите (в графе «Баллы»), число ваших половых партнеров за последние 5 лет		...
Укажите (в графе «Баллы»), сколько раз вам переливали кровь		...
Подсчитайте сумму набранных баллов:		...

ведется с энтузиазмом и ощущением того, что мы делаем нужное дело. Вообще же борьбе со СПИДом особенно много вреда наносит суетливость и нервозность, которую создают люди, не желающие прислушиваться к мнению специалистов.

— Оказывает ли лаборатория консультативную помощь медицинским работникам по организации диагностики и профилактики заражения СПИДом?

— Специализированная научно-исследовательская лаборатория эпидемиологии и профилактики СПИДа, отделением которой является кабинет анонимного обследования, является ведущим учреждением страны, оказывающим всевозможную консультативную и методическую помощь по борьбе со СПИДом всем учреждениям здравоохранения.

— Каким образом участвует лаборатория во всемирной кампании по информированию общественности по вопросам СПИДа, объявленной ВОЗ в 1987 году?

— Наша лаборатория в 1986—87 годах явилась основным организатором и исполнителем кампании по информированию населения о СПИДе в СССР. Только за это время нашими сотрудниками подготовлены 6 радиопередач, 4 телепередачи, 4 документальных фильма, 26 публикаций в газетах и журналах, прочитано 115 лекций, подготовлены к изданию две популярные книги о СПИДе.

● ● ●

Проверьте свой результат!

Сумма набранных баллов	Оценка риска заражения вирусом ВИЧ
0—1	Вне опасности заразиться возбудителем СПИДа
2—3	Заражение маловероятно
4—9	Заражение маловероятно, хотя и возможно
10—19	Есть основания для беспокойства и обследования
20—50	Заражение вполне могло произойти
51 и больше	Реальная опасность заражения

ЭНЦИКЛОПЕДИЯ ЗДОРОВЬЯ

Глоссарий к теме выпуска

Анамнез — сведения о начале и развитии болезни, полученные путем расспросов больного и его близких.

Анальное сношение — половой акт, осуществляемый через заднепроходное отверстие. Считается особенно опасным, так как обусловливает повреждение слизистой оболочки в области заднего прохода. С этим связана и опасность заражения возбудителем СПИДа (ВИЧ).

Антигены — вещества, чужеродные организму, которые обусловливают выработку антител в организме.

Антитела — защитные вещества, которые вырабатывает иммунная система организма для защиты от различных чужеродных веществ и возбудителей болезней, в том числе и вирусов.

Антитела к ВИЧ — защитные вещества, которые вырабатываются в организме против ВИЧ: определяются в крови при помощи определенных лабораторных тестов.

Бисексуальный — имеющий половое влечение к партнерам как своего, так и другого пола.

Вирусоноситель — лицо без признаков видимой клинической картины заболевания, носящее и выделяющее вирусы.

Гемофилики — больные, страдающие врожденным нарушением свертываемости крови.

Гомосексуализм — противоестественное половое влечение к лицам того же пола. Различают *активный* и *пассивный* гомосексуализм. Активный гомосексуалист в половом акте выполняет функцию мужчины. Пассивный гомосексуалист играет роль женщины. Различают мужской гомосексуализм — *педерастию* и женский — *лесбийскую любовь.*

Группы риска — группы населения с более высоким риском заражения, чем в среднем. В случае СПИДа, например, гомосексуалисты, наркоманы, проститутки, а также их сексуальные партнеры.

Иммуноферментный анализ (ИФА) — тест для определения антител к возбудителю СПИДа. Если тест оказывается положительным, для надежности проводят второй подтверждающий тест по другому более сложному методу.

Кандидамикоз — инфекционное заболевание, вызванное дрожжевыми грибками вида кандида.

Лимфоузлы — органы размером от 1 мм до 2 см в русле лимфатических сосудов, задерживающие (как в фильтре) бактерии, токсины, частички клеток и т. д. и играющие важную роль в образовании лимфоцитов и антител. Каждый человек имеет примерно 500—600 лимфоузлов.

Мононуклеоз — инфекционное заболевание, вызванное вирусом Эпштейн — Барра.

Обезьяний вирус — вирус, имеющийся в крови зеленых мартышек, который чрезвычайно схож с возбудителем СПИДа (ВИЧ). При заражении этим вирусом обезьяны не заболевают.

Оральный — расположенный в области рта.

Подтверждающий тест — если ИФА определили наличие антител к СПИДу, то проводят подтверждающий тест (вестернблот или иммуноблот) на наличие у человека антител к возбудителю СПИДа (ВИЧ) в крови. Тест этот используется в том случае, если ИФА не приводит к однозначно интерпретируемым результатам.

Презерватив (кондом) — средство для механического предохранения от беременности при половом акте, от заражения венерическими заболеваниями и СПИДом.

Сперма — *эякулят,* семенная жидкость (состоит у здорового мужчины из примерно 60—120 миллионов семенных нитей на 1 мл).

Спонтанное выздоровление — самоизлечение без внешнего воздействия, в случае СПИДа еще не наблюдалось. Не исследовано, в какой мере после заражения СПИДом это может произойти.

Токсоплазмоз — инфекционное заболевание, протекающее с сыпью, повышением температуры, увеличением лимфоузлов, желтухой. Возбудитель заболевания — простейшие токсоплазма Гонди.

Ферменты — незаменимые белковые вещества, производимые живыми клетками, которые активно воздействуют на биохимические процессы в организме.

Иммунодефицитные заболевания

Как и любая другая система организма, иммунный комплекс имеет свою историю возникновения и эволюционного развития, свой путь формирования в процессе эмбрионального развития, свой период наиболее активной деятельности и, наконец, свое время старения. При этом иммунная система, как и любая другая, подвержена патологическим нарушениям — болезням.

Давно известны болезни сердца, легких, почек и т. д., но лишь недавно установлено, что иммунная система также подвержена расстройствам. Наиболее острым пороком являются врожденные дефекты иммунитета — так называемые иммунодефицитные

заболевания, передающиеся по наследству и проявляющиеся на самых ранних этапах развития ребенка.

Родившийся ребенок в первые недели жизни, пока в его крови циркулируют антитела матери, прошедшие через плаценту или полученные с молоком, кажется вполне здоровым. Но очень скоро скрытое неблагополучие проявляется. Начинаются бесконечные болезни — воспаление легких, гайморит, отит. Ребенок отстает в развитии, ослаблен, зачастую не может ходить, неполноценен в интеллектуальном отношении.

До открытия и применения антибиотиков иммунодефицитное расстройство приводило к смерти от бактериальных инфекций в первый год жизни больного.

В зависимости от того, какое звено иммунной системы выключено из работы, различают несколько форм иммунодефицитных заболеваний. В ряде случаев нарушается только синтез иммуноглобулинов, то есть дефект касается только В-лимфоцитов — предшественников антителообразующих клеток. В других случаях нарушение затрагивает Т-лимфоциты. В результате клеточная реакция подавлена. Плохо выражен и гуморальный иммунный ответ к тем антигенам, которые вызывают специфический синтез антител с помощью Т-лимфоцитов. Имеются и комбинированные поражения, когда выключена и Т- и В-клеточная функции. Наиболее тяжелая форма иммунодефицита связана с поражением стволовых кроветворных клеток. В этом случае происходит полное истощение кроветворной и лимфоидной систем, заканчивающееся ранней смертью больного.

Возможно ли лечение иммунодефицитов, может ли медицина обеспечить нормальную жизнь и развитие таких больных детей, исправить трагические ошибки природы, вернуть к нормальной, полноценной жизни родившегося человека?

При дефиците В-системы иммунитета, выражающемся в снижении или полном отсутствии способности к синтезу иммуноглобулинов, лечебные мероприятия складываются из замещения недостающих иммуноглобулинов или замещения нехватки В-лимфоцитов. Первый путь лечения связан с постоянным введением больным выделенных из крови здоровых людей иммуноглобулинов. Такое лечение весьма эффективно, оно обеспечивает работоспособность больным, которые благодаря лечению доживают до зрелого возраста. Второй путь — введение в пораженный организм В-лимфоцитов от совместимых в тканевом отношении доноров. Поскольку основной источник и вместилище этого типа клеток — костный мозг, то фактически вопрос стоит о пересадке костного мозга. Лечение иммунодефицитов по Т-системе возможно только путем пересадки Т-клеток или тимуса.

Другой аспект проблемы иммунодефицитных заболеваний связан с вопросами онкологии. Природа дала в руки исследователям печальную, но безупречную модель для изучения роли иммунитета в развитии злокачественных новообразований. Как отмечается, у детей с расстройством иммунной системы значительно чаще, чем у здоровых, возникает рак. Причина возросшей опасности — отсутствие эффективной системы контроля и борьбы со злокачественными новообразованиями.

Наблюдения над иммунодефицитными больными являются наиболее прямым статистическим подтверждением роли иммунитета в развитии раковых новообразований. Дети с врожденной (наследственно обусловленной) недостаточностью функций иммунной защиты в 1000 раз чаще поражаются раком, чем взрослые. Особенно часто рак возникает у больных при повреждении Т-системы иммунитета или одновременно Т- и В-систем. (Популярная медицинская энциклопедия.— М., 1981).

Сифилис врожденный

Ранние проявления врожденного сифилиса сходны с картиной вторичного сифилиса у взрослых и характеризуются пятнистой, папулезной, везикулярной, анулярной или экзематозной сыпью. Поражение кожи может быть генерализованным, а может ограничиваться анус-генитальной областью, ладонями и подошвами. Наблюдаются плоская кондилома промежности, ринит с гнойно-геморрагическим отделяемым и характерный гнусавый оттенок голоса. В период новорожденности костные изменения (остеохондрит длинных трубчатых костей) могут быть незаметны без рентгенографии. В раннем возрасте наблюдаются гепатоспленомегалия, желтуха, анемия. Минимальные диагностические признаки: наличие возбудителя в пораженных участках кожи и в выделяемом из носа.

(Наследственные синдромы и медико-генетическое консультирование.— Л., 1987).

• • •

СОВЕТУЕТ ПСИХОТЕРАПЕВТ

К тем, кто прибегает к алкоголю и наркотикам, а также к страдающим от пагубного болезненного пристрастия по просьбе редакции обращается со своими размышлениями, советами и рекомендациями врач-нарколог и гипнотизер, кандидат медицинских наук Макар Яковлевич **БОНДАРЧИК.**

О ВОЗМОЖНОСТЯХ САМОИЗБАВЛЕНИЯ ОТ БОЛЕЗНЕННЫХ ПРИСТРАСТИЙ

Прежде всего несколько слов о важных особенностях *неалкогольных наркоманий и токсикоманий.*

Термины «наркомания» и «токсикомания» обычно применяются в отношении к неалкогольным ядам, используемым в терапевтических дозах в медицинской практике для больных с целью болеутоляющего, успокаивающего, снотворного и других эффектов. Наркоманы и токсикоманы вводят себе эти вещества в токсических дозах отнюдь с немедицинскими целями. Число таких средств сегодня огромно, но в основном это наркотики растительного происхождения, такие, как *опийные препараты* **(морфин, героин)**, и *препараты индийской конопли* **(гашиш, анаша, план)**, синтетические препараты так называемого психотропного действия, имеющие специфические свойства, способные формировать к ним болезненное влечение. Последние годы с целью эйфоризации подростки используют средства бытовой химии.

В свое время Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) сформулировала условия, исходя из коих наркоманами и токсикоманами следует считать лиц, у которых:

вследствие часто повторяемого приема естественного или синтетически ядовитого вещества возникает состояние периодической или хронической интоксикации, представляющей вред и опасность для них самих или их окружения;

наблюдается почти или совершенно непреодолимое влечение к этому яду;

эти лица не в состоянии самостоятельно отказаться от приема наркотика, ибо психически и физически они настолько зависят от него, что внезапное прекращение приема вызывает физически тяжелое, психически непереносимое состояние.

Самые тяжелые наркомании — опийные (морфинные, героинные) вызывают наркотики растительного происхождения — морфин, героин, гашиш, анаша, которые употребляют 80 % наркоманов. Внутривенные инъекции морфина уже через несколько введений вызывают такое пристрастие к яду, что абстинентное состояние требует неотложной медицинской помощи по жизненным показаниям. Такое **пристрастие развивается очень быстро у лиц, имеющих предрасположение физического и психического характера.** Это так называемые *акцентуации,* или *заострение характерологических особенностей, психопатии, некоторые душевные заболевания хронического характера,* которые до употребления наркотиков могли не проявляться.

Психологическое изучение подростков, состоящих на учете в детских комнатах милиции и проявивших наклонность к алкоголизации или употреблению наркотических и токсикоманических ядов, показало, что все они имели определенные заострения психологических черт. Это выражается в асоциальном поведении с такими особенностями, как замкнутость, угрюмость, своеобразие суждений и непредсказуемость поступков. С другой стороны, среди них отмечались и самоуверенные энтузиасты, склонные к общению, не долго задерживающиеся на одном и том же занятии, неусидчивые и беззастенчивые, лживые и недружелюбные по отношению к окружающим, с ненадежными моральными установками.

Эмоциональная незрелость, эгоцентризм, слабость эстетических интересов нередко приводили их к вспышкам агрессивных тенденций, заканчивающихся приемом наркотиков или алкоголя. Нередко у таких подростков отмечались и депрессивные тенденции, а иногда это были обидчивые, искренне наивные и упрямые, с наличием сверхценных идей в своем поведении. Застенчивые и сентиментальные становятся наркоманами и токсикоманами из-за стремления победить свое чувство неудовлетворенности собой и любопытства, подражательного «стадного» инстинкта.

Среди наркоманов и токсикоманов встречаются также лица с физическим и психическим недоразвитием, с дефектами внешности, формирующими у них комплекс неполноценности, с дефектами речи, перенесшие закрытую травму мозга.

В принципе же наркоманом или токсикоманом может стать каждый, кто тот или иной период времени прибегал к использованию тех или других ядов с целью эйфоризации по собственному побуждению или по чужой инициативе.

Морфиномания. Уже через несколько недель после систематического приема морфия или достижения эйфорического эффекта необходимо значительное увеличение его дозы. Через недельные сроки больной может перенести и смертельную для нормального человека дозу.

По мере изменения реактивности организма, с развитием хронической интоксикации меняется не только психическое состояние, но и внешность больного. Кожа становится сухой и серой, ясно видны следы инъекций

на локтевых венах, зубы крошатся в результате кариеса, зрачки глаз сужены, лицо отечно, дыхание затруднено. Больных беспокоит понос, который сменяется запором, частые боли в области живота. Развивается психическая деградация: малодушие, снижение внимания, все стремления направлены на добывание и прием наркотика. Состояние абстиненции у этих наркоманов настолько тяжело переживается, что они идут на любые преступления, чтобы добыть нужный им наркотик, от вымогательства и воровства, до более крупных уголовных преступлений.

Прогноз морфиномании, как и других наркотических средств, к которым сформировалось пристрастие, зависит от осознания больным серьезности своего положения после избавления его от мучительных страданий во время абстиненции («ломки»). Существенное значение имеет микросоциальная среда, в которую попадает больной после лечения в психиатрическом стационаре.

При эффективных лечебных мероприятиях и правильно ориентированной психологической установке на прекращение приема наркотика возможно полное восстановление личности морфиниста. Примером может служить жизнь известной французской певицы Э. Пиаф: в своих мемуарах она рассказала о том, как преодолела болезненное влечение, осознав беду.

Гашишомания. Зависимость развивается в результате частого и систематического курения гашиша (синонимы — анаша, план). Первые сигареты могут вызвать состояние испуга. С увеличением дозы до болезненного привыкания абстинентное состояние сопровождается сухостью во рту, неприятными ощущениями в области сердца, сердцебиениями, затрудненным дыханием, тошнотой, шумом в ушах, головокружением. Настроение подавленное и тревожное. Все это отмечается уже в начальной стадии гашишомании.

Внешние проявления гашишизма характеризуются покраснением кожи лица, расширением зрачков, подергиванием глаз при отведении их в сторону, дискоординацией движений. Отмечается чувство жажды и голода при наркоманическом опьянении. При тяжелом отравлении отмечаются случаи потери сознания со смертельным исходом.

Эпизодическое курение гашиша быстро сменяется систематическим, с потребностью до 5—10 сигарет в день. Психическая и физическая зависимость развивается в течение 2 лет в среднем. Эйфория, возникающая в начальных стадиях наркомании, сменяется в дальнейшем желанием покоя, уединения. Состояние абстиненции длится от 2 до 15 дней. Продолжительность второй стадии гашишизма до 6—7 лет.

В третьей стадии гашишизма толерантность к наркотику снижается. Лишенный возможности курить гашиш больной становится вялым, безразличным, одержимым лишь одним этим желанием.

Три стадии в течение гашишизма последовательно характеризуются изменением личности, органическим поражением мозга (развитием энцефалопатии), слабоумием. На второй стадии (энцефалопатии) развивается психотическое состояние, напоминающее душевное страдание — шизофрению.

При достижении третьей стадии гашишизма полностью реабилитировать больного в социальном плане в силу развившегося глубокого слабоумия не представляется возможным. Поэтому здесь очень важно раннее начало лечения и своевременное прекращение курения наркотика.

Другие виды наркоманий. Прием снотворных наркотических веществ также вызывает наркоманию с характерными тремя стадиями развития страдания: ростом толерантности, психической зависимостью и физической зависимостью от яда. Особенности этого вида наркомании состоят в том, что она развивается у лиц со склонностью к беспокойству, со стабильной бессонницей. Увеличение доз препарата для достижения сна приводит к интоксикации, которая сопровождается эмоциональными расстройствами, рассеянностью внимания, памяти, наступлением тоски и мыслями о самоубийстве.

В более поздних стадиях развиваются психотические состояния со зрительными и слуховыми галлюцинациями.

Внешне у больных отмечаются *амимичность лица, расстройство речи, головокружения, неврологические и глазные расстройства.*

Психические стимуляторы вызывают наркоманию в течение короткого времени у лиц с недоразвитием психического и физического характера. Психическая зависимость от стимуляторов развивается у них уже через несколько недель после первого приема стимулятора. Абстиненция выражается подавленным настроением, тоской, головной болью и общим беспокойством. Часты случаи тяжелого настроения с попыткой самоубийства.

Токсикомании. Характерной особенностью использования ингаляций (вдыхания) препаратов бытовой химии является то, что к ним прибегают, как правило, подростки, у которых при остром отравлении развиваются психотические расстройства в виде различных галлюцинаторных переживаний. Повторные ингаляции этих препаратов приводят к быстрому развитию слабоумия, и полная реабилитация их интеллектуальных возможностей становится неразрешимой проблемой.

Еще в 60-х годах приходилось наблюдать

больных, отравленных парами красителей при покраске закрытых помещений. Приведем краткую выписку из истории болезни одного из этих больных.

Больиой С. 21 года, прн работе с краснтелями пренебрегал защнтными средствами — противогазом. Поступил в госпиталь в спутаином сознании с периодическими общими судорогами, наступающими через каждые 15—20 минут. После снятия этих явлений жалуется на общую слабость, головокружение, головную боль, боли в икроножных мышцах. Рвота, понос. Выяснено, что в течение последних пяти дней работал с красителями в противогазе, но периодически снимал его, заметив, что при этом появляется необычная говорливость, веселое настроение, беспричинный смех. Все это быстро проходило прн одевании противогаза. Попытка более длительно сохранить состояние веселья привела к вышеописаным психическим, а затем н физическим расстройствам.

В условиях госпиталя, благодаря неотложным мерам медицинской помощи, сравнительно быстро удалось снять острую психотическую клинику. Астеническое состояние больного оставалось еще долго. Мыслей о возможности повторения таких «ингаляций» у больного не возникло, как он заявлял, «н ие возникнет на всю оставшуюся жизнь».

Любопытство, желание на себе испытать действие тех веществ, о которых слышал от товарищей, встречал в периодической прессе или художественной литературе, а иногда и слышал от неопытных лекторов — самая частая причина развития наркоманий н токсикоманий с использованием различных средств бытовой химии, психотропных лекарственных веществ и даже «изобретений» новых препаратов путем несложных кустарных «усовершенствований» определенных медикаментов.

Юноша, закончивший 10 классов средней школы, устроился на работу лаборантом в одну из биологических лабораторий. Глубокой ночью, на фоне общего здоровья развилось психотическое состояние: врывается в родительскую спальню, выкрикивает имя знакомой девушки, взгляд отсутствующий, движения резкие, поведение агрессивно. Уложив сына в кровать, родители нашли в его спальне «флакон какой-то жидкости и марлю, смоченную этой жидкостью».

Выявлено на приеме у нарколога следующее. Работая с насекомыми, юноша прибегал к обездвиживанию их в герметической камере, куда добавлял наркотическую жидкость. Обездвиженных насекомых легко было сосчитать, а через некоторое время они приходили в свое обычное состояние. Решил на себе испытать действие этой жидкости, для чего перед сном смочил ею марлю, приложил плотно ко рту и носу и стал глубоко дышать. Результат — острое психотическое состояние с последующей длительной астенией.

Различные яды дают различную клиническую картину заболевания. Но финиш при длительной наркотизации любым из них, как правило, один: моральная, а затем и умственная деградация.

Одним из видов токсикоманических расстройств является курение табака, вредные последствия которого проявляются в основном в поражении внутренних органов. Проявление болезни при этом наступает не так быстро, как при использовании наркотических и токсикоманических средств. Поэтому на прием к наркологу по поводу табакокурения приходят лица с длительным стажем злоупотребления никотином, когда уже проявились симптомы пошатнувшегося здоровья: сердечно-сосудистые, легочные, желудочно-кишечные и другие заболевания. Курение не представляет социальной опасности, но в индивидуальном плане оно не менее опасно, чем потребление других токсикоманических средств.

Лечение больных наркоманов и токсикоманов представляет большие трудности. Абстинентные состояния прерываются у них только в стационаре с помощью соответствующих медикаментозных средств при полном отнятии привычного яда. Примерно в течение двух месяцев удается ликвидировать абстиненцию, восстановить физическое здоровье. Однако моральное перевоспитание больного, выработка у него здоровых социально-трудовых навыков представляют большие трудности. Эти трудности становятся непреодолимыми, если у больного уже развилось органическое поражение головного мозга с явлениями слабоумия. Только раннее выявление этих больных, особенно подростков, и своевременная медицинская, педагогическая и правоохранительная помощь (в пресечении каналов добывания наркотических средств) могут восстановить их социальное и трудовое положение в обществе.

Эти больные должны находиться на учете у нарколога и проходить поддерживающее и противорецидивное лечение в течение 5 лет. Но и после этого даже однократное потребление привычного ранее яда приводит к рецидиву страдания.

Размышление о самопознании

Людям во все времена было свойственно стремление познать самих себя, величие своей силы. Эти внутренние силы имеются в каждом из нас в значительно больших масштабах, чем мы их осознаем. В медицинской прак-

тике имеется немало примеров, когда обычный человек в особом психологическом состоянии способен совершить «чудеса». Так, введенный в гипнотическое состояние врачом или путем самопогружения он может вынести физические нагрузки, недоступные в обычном состоянии и тренированному спортсмену, вспомнить то, что, казалось, прочно забыто. За счет чего это возможно?

В человеке, отмечают ученые, заложены как бы два существа, коренным образом отличающиеся друг от друга. Оба эти существа разумны, но в то же время одно из них сознательное, другое — бессознательное. Именно поэтому мы не замечаем в себе этого второго существа. И хотя подобное прямое разграничение психики человека сильно упрощает современные научные представления, для решения практических задач этот образ может пояснить многое.

Действительно, наличие *«бессознательного» в психике* хорошо известно нам из повседневной жизни. Занятые размышлением над неожиданно вставшей проблемой, мы переходим улицу строго по зеленому сигналу светофора. В огромной толпе спешащих на работу людей мимолетным, случайно брошенным взглядом выделяем знакомое лицо, впоследствии удивляясь про себя: «Что толкнуло меня туда посмотреть?»

Многие ученые психическое бессознательное человека тесно связывают с воображением, в то время как сознательное относят к волевым процессам. Именно бессознательное, воображаемое часто служит двигателем многих наших поступков.

«Воля,— писал французский ученый Эмиль Куэ,— *в которую мы так незыблемо верим, неминуемо терпит поражение всякий раз, как только вступает в конфликт с воображением»*. Он демонстрировал это на следующем примере.

Перед нами на полу длинная и прочная доска. Разумеется, каждый пройдет по ней и ни разу не споткнется. Но если эта доска соединит в виде мостика две высокие башни, то не много найдется смельчаков, согласных пройти по ней. Тех же, кто попытается это сделать, напрягая собственную волю, как правило, охватывает страх, сковывающий мышечные движения. Точно так же *воображаемый соблазн необычных ощущений, уже однажды испытанных, приводит к неконтролируемому сознанием удовлетворению этих побуждений у алкоголика или наркомана.*

Почему же человек не падает, когда доска на полу, и непременно должен упасть, когда она высоко над землей? Дело в том, что во втором случае активно включается в процесс мышечной работы воображение, ярко рисующее последствия такого путешествия. Достаточно сформироваться представлению о неминуемом падении, и пройти по доске на высоте становится невозможным, несмотря на искреннее желание это совершить.

Точно так же сформированное представление удовольствия от приема наркотика при развившейся психической зависимости от него парализует волю и сознание наркомана, и он не может противостоять соблазну, несмотря на то что сознанием понимает последствия таких соблазнов.

Но воображение, направляемое волей, позволяет творить чудеса. Мы знаем, что строители-высотники свободно трудятся на больших высотах благодаря развитию у себя соответствующих представлений о безопасности работы на высоте. Одних волевых усилий для этого было бы недостаточно. Искреннее, сознательное желание бросить курить с помощью одной силы воли тоже не приносит успеха, так как представление о дымящейся сигарете заставляет подсознательно тянуться к ней. Попытка волевым усилием заставить себя заснуть только возбуждает страдающего бессонницей и усиливает ее. Но, сформировав представление о сне, можно заснуть и без «спасательных» таблеток.

Помочь *сотрудничеству воли и воображения* может психотерапия, которая предлагает специальные методики по преодолению тех или других негативных привычек и расстройств, дает возможность достигнуть поставленной цели. Для этого используются такие методики, как *гипноз и самогипноз, аутогенные тренировки и самовнушение, некоторые психофизические тренировки, активизирующие волю* и всю психическую деятельность.

О применении гипноза и различных методик самовнушения в преодолении болезненных влечений к наркотикам

Состояние алкогольного и неалкогольного наркомана и токсикомана на начальных стадиях развития заболевания можно понять, представляя себе *доминантное состояние* коры головного мозга, когда в ней сформировался *«больной пункт»*, создающий неодолимое влечение к тому или другому наркотическому яду. Этот *доминантный очаг* формируется на основании следов раздражений нервных клеток мозга, связанных с принятием наркотика. Психологически такие следовые реакции формируют ощущение определенного удовольствия.

«Больной пункт», или доминантный очаг, представляет из себя участок клеток коры головного мозга, находящихся в постоянно возбужденном состоянии с индуцированным торможением окружающей зоны, которая и препятствует проникновению в этот очаг раздражений извне. Психологически это проявляется непреодолимым желанием, неосознанным стремлением удовлетворить «роковые» потребности в наркотическом веществе.

«Стереть» этот доминантный очаг в коре головного мозга больного любым видом наркомании или токсикомании удается *с помощью погружения его в гипнотическое состояние.*

При самопогружении в гипнотическое состояние во время аутогенных тренировок бодрствующая «зона рапорта» в мозге позволяет сознательно воздействовать на свое воображение. **При систематическом самопогружении и самовнушении можно полностью «стереть» болезненный доминантный очаг, обусловливающий вредную привычку,** сформировать у себя новую, здоровую установку на трезвый образ жизни, на забвение болезненных влечений к токсическим и наркотическим веществам.

Если обычный физиологический сон есть разлитое торможение большинства нервных клеток коры головного мозга, то гипноз представляется как частичный сон с сохранением «зоны рапорта». Оба этих состояния способны переходить друг в друга, что подтверждает безвредность гипнотического состояния для больного.

Гипнотическое состояние уже само по себе, без внушения определенных ощущений является лечебным, так как восстанавливает нормальную деятельность нервных клеток коры головного мозга, надломленную токсическим действием алкоголя или других длительно действующих на них наркотических ядов.

Кроме того, **проводимые психотерапевтом в гипнотическом состоянии больного лечебные внушения воспринимаются не только сознанием, но и подсознательной сферой психики как собственное убеждение.** Эти внушения воспринимаются без логической критики, «напрямую» замыкаясь с воображением больного, бессознательной сферой психического, и потому реализуются без четкого осмысливания: возникает равнодушие ко всем привычным токсическим веществам, сформировавшим влечение на уровне психической зависимости.

Профессором *В. Е. Рожновым* предложена методика лечения хронического алкоголизма и других нервно-психических заболеваний, названная им *эмоционально-стрессовым гипнозом (шоковым гипнозом)*. Сущность ее заключается в том, что в гипнотическом погружении создается высокий эмоциональный накал больного, на фоне которого создается внушенное отвращение ко всем алкогольным напиткам или снимаются невротические симптомы. Результативность метода данного гипнотического внушения обусловлена выраженным эмоциональным воздействием, затрагивающим не только сознание, но и бессознательное психическое воображение больного. Таким образом формируется у хронического алкоголика длительная психологическая установка на трезвость.

Эмоциональное воздействие может формироваться и самим больным, то есть быть эмоциональным самовоздействием, что достигается *аутогенными тренировками, как одной из форм самопогружения,* а также *самовнушением, самоубеждением, самовоспитанием.*

Аутогенная тренировка

Аутогенная тренировка, или *аутогенное самопогружение,* как учение о самовоздействии психическими факторами создано немецким врачом-психоневрологом *И. Шульцем.* Увидев рациональное зерно в мистическом учении индийской йоги, он соединил ее положения с полуторавековым опытом европейских гипнологов и доказал, что для излечения того или другого невротического заболевания нет необходимости вводить больного в состояние глубокого гипноза. Больному надо лишь реализовать ощущение тяжести и тепла в конечностях (добиться полного расслабления мышц). Уже в этих условиях создается «ауторапорт» в коре головного мозга, проводящего тренировку. Самовнушение при этом становится действенным и эффективным. Раз тренирующийся добился состояния саморасслабления самостоятельно, то он может самостоятельно проводить себе лечебные самовнушения.

Надо отметить, что ощущение тяжести в конечностях всегда сопровождается расслаблением в них мускулатуры, а ее расслабление вызывает ощущение тяжести. А тяжесть всегда сопровождается ощущением тепла, так как в этом состоянии расслабляется также мышечная стенка кровеносных сосудов, создавая условия повышенного притока крови к конечностям. Психологически вызвав ощущение холода, получаем обратный эффект — уменьшение притока крови в результате сужения кровеносных сосудов.

В классическом варианте, по И. Шульцу, в аутогенной тренировке проходят **две ступени.** Обычно пользуются только первой ступенью, так как вторая ступень требует больших усилий и достигается пациентами не всегда.

Первая ступень включает в себя шесть упражнений:

1. Вызывание ощущений тяжести в руках и ногах.
2. Вызывание ощущений тепла в руках и ногах.
3. Овладение ритмом сердечной деятельности.
4. Овладение ритмом дыхания.
5. Вызывание ощущений тепла в области солнечного сплетения.
6. Вызывание ощущений прохлады кожи лба.

Тепло и тяжесть — главные компоненты аутогенного погружения. **Если тренирующийся хорошо овладел первой ступенью** аутогенного погружения, то он **может перейти к занятиям и по овладению второй ступенью.** На фоне полного самоосрасслабления она включает вызывание таких ощущений, как воображение определенного цвета и переживаний этого цвета, визуализация конкретных объектов, образное представление абстрактных понятий, таких, как радость, общение, покой, справедливость и т. п., визуализация других лиц, вызывание «объектов бессознательного», так называемых неотреагированных комплексов и т. п.

Ввиду сложности второй ступени мы не рекомендуем начинать такие занятия без соответствующего руководителя — врача-психотерапевта.

Лечебного эффекта можно добиться и с помощью овладения первой ступенью методики. Предложено множество ее модификаций для различных групп людей, здоровых и больных, для психокоррекции спортсменов, работников тяжелого физического труда, но сущность всех этих методик и модификаций одна: путем концентрированного внимания на определенных участках своего тела вызвать необходимые ощущения, добиваясь предсонного состояния, но не переходя в физиологический сон, а формируя у себя гипнотический ауторапорт — бодрствующий участок в коре головного мозга. На фоне такого состояния все формулы самовнушения реализуются со значительно большим эффектом, чем в бодрствующем состоянии.

Освоение методики желательно начинать под руководством психотерапевта. Но при отсутствии такой возможности проводить аутопогружение можно и самостоятельно, и, достигнув эффекта от одного упражнения, последовательно переходить к другому.

Тренирующийся принимает одну из удобных поз: лежа на спине с протянутыми вдоль туловища руками и свободно вытянутыми ногами, либо сидя в позе «кучера на дрожках».

Последняя поза состоит в следующем: ноги устойчивы на полу, на полной стопе, туловище слегка наклонено вперед, голова склонена на грудь, предплечья рук лежат на середине бедер, кисти свешены вниз, не касаясь друг друга. Веки глаз прикрыты, но не сильно сжаты. Мускулатура всего тела расслаблена. Все посторонние мысли отброшены. Надо постараться мысленно почувствовать все свое тело, ощутив его спокойным от кончиков пальцев рук и ног до головного мозга, проговаривая про себя три-четыре раза: «Я расслабляюсь и успокаиваюсь».

Каждая произнесенная мысленно фраза должна стать ощущением, а это возможно лишь при образном представлении содержания фразы. В скобках мы даем такие образы. Занимающийся может представлять и другие ситуации, которые ему более близки и запомнились.

Ощущение полного спокойствия проводится самовнушением следующих формул:

Я совершенно спокоен. (Представить себе свое лицо совершенно спокойным, амимичным, без эмоций, спящим. Для этого расслабить надбровные дуги, всю мимическую мускулатуру.)

Меня ничто не тревожит. (Вспомнить ощущения безмятежного покоя, испытанного однажды во время приятного отдыха.)

Все мои мышцы приятно расслаблены для отдыха. (Почувствовать это расслабление.)

Я совершенно спокоен. (Думать о покое.)

Ощущение тяжести в конечностях внушается после достижения полного покоя. Начинать самовнушение необходимо с правой руки:

Я чувствую приятную тяжесть в правой руке. (Мышцы правой руки расслаблены.)

Правая рука тяжелее все больше и больше. (Вспомнить, что вы ощущаете в руке, подняв ее над водой, находясь в теплой ванне.)

Правая рука приятно отяжелела. (Свинцовая тяжесть ощущается в правой руке.)

Я совершенно спокоен.

При достижении свинцовой тяжести в правой руке у некоторых тренирующихся появляется тяжесть и в левой руке и в обеих ногах. При отсутствии этих ощущений в других конечностях последовательно проводят расслабление левой руки, правой ноги и левой ноги до достижения в них таких же ощущений тяжести, как и в правой руке.

Ощущение тепла в правой руке вызывается следующими формулами:

Я чувствую приятное тепло в правой руке. (Вспомнить ощущение в руке, согреваемой горячим дыханием.)

Кровеносные сосуды в правой руке расширились. (Думать о тепле.)

Здоровая горячая кровь согрела правую руку. (Вспомнить ощущения в руке при погружении ее в теплую воду.)

Приятное чувство тепла разлилось по правой руке. (Думать о тепле.)

Правая рука вплоть до кончиков пальцев стала тяжелой и теплой. Кончики пальцев пульсируют. (Думать о тяжести и тепле.)

После достижения вызываемых ощущений в правой руке таким же образом переходят на другие конечности, как это делалось при вызывании тяжести. **Уже на фоне полученных ощущений тяжести и тепла можно проводить самовнушение против своих болезненных ощущений или вредных привычек.**

Я отдыхаю (внушать зараиее продумаиные формулы)...

Последующие упражнеиия направлеиы:

1. На иормализацию и ритмичность дыхаиия: *«Я дышу легко и свободно, ритмично».*

2. На нормализацию работы сердца: *«Мое сердце бьется ритмично и ровно. В груди легко и свободно».*

3. На вызывание тепла в подложечной области, в зоие солнечиого сплетения: *«Солнечное сплетение струит лучи тепла по всему животу».*

4. На иедопущение перехода ауторелаксации в естественный сои: *«Мой лоб слегка прохладен. Голова легкая. Она свободна от посторонних мыслей. В голове свежо и ясно. Я могу сосредоточиться».*

Достигиув полного самопогружения, на что потребуется при самостоятельиой подготовке около 2 месяцев, проводят лечебные самовиушения для снятия болезиенного влечения к алкоголю и другим наркоманическим и токсикоманическим средствам. **Мы приводим примерные формулы самовнушения начинающим алкоголикам. Но в этих формулах при других наркоманиях и токсикоманиях «алкоголь» можно заменить словом, соответствующим конкретному болезненному пристрастию:**

Я совершенно спокоен. Я полностью владею собой. Чувствую себя спокойно и уверенно. Моя воля с каждым днем крепнет. Я становлюсь тверже и сильнее!

Я раз и навсегда прекратил употребление спиртных напитков.

Я полностью равнодушен к алкоголю. На все приглашения друзей отвечаю твердым отказом.

Я прекратил употреблять алкоголь.

Мое решение твердо и непреклонно.

Никто не собьет меня с пути трезвости.

В любой обстановке я сохраняю спокойствие и уверенность.

Я совершенно равнодушен к любым спиртным напиткам.

Я испытываю к спиртному отвращение.

Мне неприятен вид пьяных собутыльников.

Запах водки и вина вызывает у меня чувство тошноты.

Я полностью уверен в себе.

Я горжусь своей трезвостью.

У меня сильная воля и твердый характер.

Настроение всегда ровное и спокойное.

Забыто влечение к алкоголю!

Я наполняюсь спокойствием и равновесием.

Никто и ничто не соблазнит меня на выпивку!

Я совершенно спокоен.

А теперь я наполнюсь чувством радости жизни и легкости во всем теле. Мне все по плечу! Я полон энергии. Делаю глубокий вдох, поднимаю вверх руки... выдох, открываю глаза!

На каждое заиятие уходит примерно 20 минут. Рекомендуется их проводить в вечерние часы, когда можно переходить затем в естественный сои, и утром, при пробуждеиии, иастраивая себя на полиоценный трудовой день.

Разумеется, что иачниать заиятия лучше под руководством психотерапевта. Но поставлениая цель в овладеиии методикой может достигаться и самостоятельно. В этом мы не раз убеждались, контактируя с бывшими алкоголиками и токсикомаиами.

Самовнушение

Создавая учеиие о самовиушеиии, Э. Куэ считал, что не могут овладеть им лишь две категории людей:

умственно отсталые, не способные поиять, что им говорят;

люди, которые поиять этого не желают.

Можно согласиться с такими выводами, включив еще и третью категорию людей — наркоманов и токсикомаиов, у которых болезнь зашла настолько далеко, что их уже можио отнести к первой категории. Об алкоголиках Э. Куэ писал: «Есть миого алкоголиков, которым очень хотелось бы перестать пить. Но оии ие в силах удержаться от вииа. Расспросите их, оии вам совершеиио искренне скажут, что у иих большое желание иачать трезвый образ жизни, что виио им просто-напросто противио, что их неудержимо тянет к вииу вопреки их воле, вопреки тому, что оии прекрасио осознают, какой вред оно им приносит... И говорят оии чистейшую правду, так как их воображение подсказывает им, что оии удержаться не могут».

Самовиушеине основано на способности человека вызывать с помощью словесиых формул и образных представлеиий необходимый физиологический и психологический эффект. В наших случаях это **возможность снять влечение к наркотическому яду, особенно в ситуациях соблазна и ситуациях отказа.**

Ситуации соблазна хорошо знакомы каждому пьющему. Это и вид алкогольных иапитков, и встреча со старыми друзьями или собутыльииками, наличие застолья и все то, что способствует началу алкоголизации. *Ситуация отказа* вызывает отрицательиые эмоции, которые стремятся погасить с помощью алкоголя или наркотика. Это и ссора с женой, и выговор администрации, и неудача в достижении поставлениой цели и т. п. Такие ситуации приводят к срыву даже после длительиого воздержаиия и требуют соответствующего лечения, так как «сорвавшийся» прекратить прием алкогольных напитков после

срыва самостоятельно не в состоянии. **Самовнушением можно предотвратить срыв даже в этих ситуациях.**

Если внушение можно представить себе как процесс внедрения определенной мысли одного человека в сознание другого, то самовнушение есть процесс внедрения нашей созидательной мысли в наше подсознание. Ведь и внушенная чужая мысль полностью воспринимается нами только тогда, когда она «перерабатывается» собственным подсознанием. Самовнушение, таким образом, есть необходимый компонент любого внушения извне, в том числе и гипнотического.

Действенность самовнушения может испытать каждый на себе, проделав следующий опыт. Взять в руку нитку, ко второму концу которой прикреплен груз. Опустив грузик и удерживая нитку пальцами правой руки, сосредоточьте внимание на нем и как бы внушайте грузику определенные движения — по кругу, в стороны, вперед-назад — без активных движений. Реализация заданного представления убедит вас в том, что незаметное самовоздействие реально и весьма действенно.

Убедившись, что самовнушение может стать реальностью, занимающийся составляет себе краткие формулы по борьбе с ликвидацией у себя вредных привычек, болезненного пристрастия.

Основные правила самовнушения следующие.

1. Самовнушение должно формулироваться не в отрицательной словесной форме, а в положительной, чтобы содержание его было более действенно. Исходя из этого не стоит внушать себе формулу *«Я не буду пить!»*. Более эффективным будет самовнушение *«Я равнодушен к спиртному»*. Или: *«Я испытываю отвращение к спиртному»*.

2. Самовнушение проводится несколько раз в день, при этом в одно и то же время проводятся утреннее самовнушение (при пробуждении, не вставая с постели, при удобном положении лежа на спине, в течение 5—10 минут), и вечернее (перед засыпанием, также в постели). Остальные сеансы самовнушения проводятся в удобное для каждого время.

Формулы самовнушения могут использоваться те же, что приведенные в описании аутогенной тренировки.

3. Самовнушение проводится постоянно, настойчиво, с верой в его эффективность. Для этого необходимо культивировать в себе эту веру, приглушая скептические мысли.

4. При необходимости можно составить себе несколько формул самовнушения, но из них выбрать наиболее необходимые для преодоления вредных привычек и влечений. Следует отрабатывать их постоянно с образными представлениями.

5. При усвоении наиболее простых формул можно совершенствовать себя бесконечно, укрепляя волю и ставя для себя новые задачи и цели.

6. Самовнушение как одна из форм психического самовоздействия проводится постоянно в течение всей жизни.

7. Самовнушение сочетается с самовоспитанием.

8. Самовнушение необходимо сочетать с различными физическими упражнениями, укрепляющими физическое здоровье.

Давно известно, что сила самовнушения может быть такова, что при определенных условиях «даже уничтожение организма происходит без малейшей физиологической борьбы со стороны организма».

В работе академика *И. П. Павлова «Проба физиологического применения симптоматологии истерии»* приводятся примеры различных религиозных экстатиков. «Раз точный исторический факт,— пишет он,— что христианские мученики не только терпеливо переносили, но и с радостью шли на мучения... то перед нами яркое доказательство силы самовнушения».

Путем самовнушения могут возникать, например, симптомы мнимой беременности, когда под влиянием импульсов, идущих от сознания в подсознание и в соответствующие эндокринные органы, формируются внешние признаки беременности. В других случаях у религиозных фанатиков самовнушение вызывает возникновение явлений так называемой стигматизации в форме определенных изменений в состоянии данного участка кожных покровов (так называемые знаки распятия Христа).

Так почему же не использовать феномен самовнушения для ликвидации вредных привычек и самовоспитания?

Что касается самоубеждения, оно представляет собой важнейшую форму самовнушения, основанную, однако, на логике и анализе своего состояния. Эту форму самовнушения возможно применять на этапах предболезни и в начальных проявлениях алкогольной и неалкогольной наркомании, когда человек еще в состоянии критически оценить своё положение. На последующих этапах болезни в силу наркоманической зависимости и соответствующего изменения психики критическая оценка своего состояния уже не под силу самому больному. Однако и здесь люди с сильной логикой могут преодолеть болезненное пристрастие.

«Знаю, что многие найдут эту повесть безнравственной и неприличной, тем не менее от всего сердца посвящаю ее матерям и юношеству»,— писал в посвящении к своей повести «Яма» выдающийся русский писатель **Александр Иванович Куприн** (1870—1938). За этими словами — искренность человека, чье творчество явилось высоким образцом утверждения моральных ценностей в обществе, веры в нравственное здоровье человека, в его духовный потенциал. В 1909 году вышла первая часть повести, публикация ее была закончена в 1915 году.

Романтическая страстность талантливого художника, искренность и одержимость мечтой о прекрасном позволили ему впервые так широко и ярко показать картины страшного социального уродства — проституции, жизни на дне, о чем свидетельствует и мрачный пафос названия этого значительного в идейно-художественном отношении произведения. Публикуемый (по тексту Собрания сочинений в пяти томах.— М., 1982) отрывок поможет читателю разобраться в еще одной важной грани проблемы, составляющей суть темы выпуска.

* * *

Женька еще не начинала одеваться. Она сидела у зеркала и припудривала лицо.

— Ты что, Тамарочка? — спросила она.

— Пришел к тебе кадет твой. Ждет.

— Ах, это прошлогодний бебешка... а ну его.

— Да и то правда. А поздоровел как мальчишка, похорошел, вырос... один восторг! Так если не хочешь, я сама пойду.

Тамара увидела в зеркало, как Женька нахмурила брови.

— Нет, ты подожди, Тамара, не надо. Я посмотрю. Пошли мне его сюда. Скажи, что я нездорова, скажи, что голова болит.

— Я уж и так ему сказала, что Зося отворила дверь неудачно и ударила тебя по голове и что ты лежишь с компрессом. Но только стоит ли, Женечка?

— Стоит, не стоит — это дело не твое, Тамара,— грубо ответила Женька.

Тамара спросила осторожно:

— Неужели тебе совсем, совсем-таки не жаль?

— А тебе меня не жаль? — И она провела по красной полосе, перерезавшей ее горло.— А тебе себя не жаль? А эту Любку разнесчастную не жаль? А Пашку не жаль? Кисель ты клюквенный, а не человек!

Тамара улыбнулась лукаво и высокомерно:

— Нет, когда настоящее дело, я не кисель. Ты это, пожалуй, скоро увидишь, Женечка. Только не будем лучше ссориться — и так не больно сладко живется. Хорошо, я сейчас пойду и пришлю его к тебе.

Когда она ушла, Женька уменьшила огонь в висячем голубом фонарике, надела ночную кофту и легла. Минуту спустя вошел Гладышев, а вслед за ним Тамара, тащившая за руку Петрова, который упирался и не поднимал головы от пола. А сзади просовывалась розовая, остренькая, лисья мордочка косоглазой экономки Зоси.

— Вот и прекрасно,— засуетилась экономка.— Прямо глядеть сладко: два красивых панича и две сличных паненки. Прямо букет. Чем вас угощать, молодые люди? Пива или вина прикажете?

У Гладышева было в кармане много денег, столько, сколько еще ни разу не было за его небольшую жизнь — целых двадцать пять рублей, и он хотел кутнуть. Пиво он пил только из молодечества, но не выносил его горького вкуса и сам удивлялся, как это его пьют другие. И потому брезгливо, точно старый кутила, оттопырив нижнюю губу, он сказал недоверчиво:

— Да ведь у вас, наверное, дрянь какая-нибудь?

— Что вы, что вы, красавчик! Самые лучшие господа одобряют... Из сладких — кагор, церковное, тенериф, а из французских — лафит... Портвейн тоже можно. Лафит с лимонадом девочки очень обожают.

— А почем?

— Не дороже денег. Как всюду водится в хороших заведениях: бутылка лафита — пять рублей, четыре бутылки лимонаду по полтиннику — два рубля, и всего только семь...

— Да будет тебе, Зося,— равнодушно остановила ее Женька,— стыдно мальчиков обижать. Довольно и пяти. Видишь, люди приличные, а не какие-нибудь...

Но Гладышев покраснел и с небрежным видом бросил на стол десятирублевую бумажку.

— Что там еще разговаривать. Хорошо, принесите.

— Я заодно уж и деньги возьму за визит. Вы как, молодые люди — на время или на ночь? Сами знаете таксу: на время — по два рубля, на ночь — по пяти.

— Ладно, ладно. На время,— перебила, вспыхнув, Женька.— Хоть в этом-то поверь.

Принесли вино. Тамара выклянчила, кроме того, пирожных. Женька попросила позволения позвать Маньку Беленькую. Сама Женька не пила, не вставала с постели и все время куталась в серый оренбургский платок, хотя в комнате было жарко. Она пристально глядела, не отрываясь, на красивое,

загоревшее, ставшее таким мужественным лицо Гладышева.

— Что с тобою, милочка? — спросил Гладышев, садясь к ней на постель и поглаживая ее руку.

— Ничего особенного... Голова немного болит. Ударилась.

— Да ты не обращай внимания.

— Да вот увидела тебя, и уж мне полегче стало. Что давно не был у нас?

— Никак нельзя было урваться — лагери. Сама знаешь... По двадцать верст приходилось в день отжаривать. Целый день ученье и ученье: полевое, строевое, гарнизонное. С полной выкладкой. Бывало, так измучаешься с утра до ночи, что к вечеру ног под собой не слышишь... На маневрах тоже были... Не сахар...

— Ах вы бедненькие! — всплеснула вдруг руками Манька Беленькая.— И за что это вас, ангелов таких, мучают? Кабы у меня такой брат был, как вы, или сын — у меня бы просто сердце кровью обливалось. За ваше здоровье, кадетик!

Чокнулись. Женька все так же внимательно разглядывала Гладышева.

— А ты, Женечка? — спросил он, протягивая стакан.

— Не хочется,— ответила она лениво,— но, однако, барышни, попили винца, поболтали,— пора и честь знать.

— Может быть, ты останешься у меня на всю ночь? — спроеила она Гладышева, когда другие ушли.— Ты, миленький, не бойся: если у тебя денег не хватит, я за тебя доплачу. Вот видишь, какой ты красивый, что для тебя девчонка даже денег не жалеет,— засмеялась она.

Гладышев обернулся к ней: даже и его ненаблюдательное ухо поразил странный тон Женьки,— не то печальный, не то ласковый, не то насмешливый.

— Нет, душенька, я бы очень был рад, мне самому хотелось бы остаться, но никак нельзя: обещал быть дома к десяти часам.

— Ничего, милый, подождут: ты уже совсем взрослый мужчина. Неужели тебе надо слушаться кого-нибудь?.. А впрочем, как хочешь. Может быть, свет совсем потушить, или и так хорошо? Ты как хочешь,— с краю или у стенки?

— Мне безразлично,— ответил он вздрагивающим голосом и, обняв рукой горячее, сухое тело Женьки, потянулся губами к ее лицу. Она слегка отстранила его.

— Подожди, потерпи, голубчик,— успеем еще нацеловаться. Полежи минуточку... так вот... тихо, спокойно... не шевелись...

Эти слова, страстные и повелительные, действовали на Гладышева как гипноз. Он повиновался ей и лег на спину, положив руки под голову. Она приподнялась немного, облокотилась и, положив голову на согнутую руку, молча, в слабом полусвете, разглядывала его тело, такое белое, крепкое, мускулистое, с высокой и широкой грудной клеткой, с стройными ребрами, с узким тазом и с мощными выпуклыми ляжками. Темный загар лица и верхней половины шеи резкой чертой отделялся от белизны плеч и груди.

Гладышев на секунду зажмурился. Ему казалось, что он ощущает на себе, на лице, на всем теле этот напряженно-пристальный взгляд, который как бы касался его кожи и щекотал ее, подобно паутинному прикосновению гребенки, которую сначала потрешь о сукно,— ощущение тонкой, невесомой живой материи.

Он открыл глаза и увидел совсем близко от себя большие, темные, жуткие глаза женщины, которая ему показалась теперь совсем незнакомой.

— Что ты смотришь, Женя? — спросил он тихо.— О чем думаешь?

— Миленький мой мальчик!.. Ведь правда: тебя Колей звать?

— Да.

— Не сердись на меня, исполни, пожалуйста, один мой каприз: закрой опять глаза... нет, совсем, крепче, крепче... Я хочу прибавить огонь и поглядеть на тебя хорошенько. Ну вот, так... Если бы ты знал, как ты красив теперь... сейчас вот... сию секунду. Потом ты загрубеешь, и от тебя станет пахнуть козлом, а теперь от тебя пахнет медом и молоком... и немного каким-то диким цветком. Да закрой же, закрой глаза!

Она прибавила свет, вернулась на свое место и села в своей любимой позе — по-турецки. Оба молчали. Слышно было, как далеко, за несколько комнат, тренькало разбитое фортепиано, неся чей-то вибрирующий смех, а с другой стороны — песенка и быстрый веселый разговор. Слов не было слышно. Извозчик громыхал где-то по отдаленной улице...

«И вот я его сейчас заражу, как и всех других,— думала Женька, скользя глубоким взглядом по его стройным ногам, красивому торсу будущего атлета и по закинутым назад рукам, на которых, выше сгиба локтя, выпукло, твердо напряглись мышцы.— Отчего же мне так жаль его? Или оттого, что он хорошенький? Нет. Я давно уже не знаю этих чувств. Или оттого, что он — мальчик? Ведь еще год тому назад с небольшим я совала ему в карман яблоки, когда он уходил от меня ночью. Зачем я тогда не сказала ему того, что могу и смею сказать теперь? Или все равно он не поверил бы мне? Рассердился бы? Пошел бы к другой? Ведь рано или поздно каждого мужчину ждет эта очередь... А то, что он покупал меня за деньги,— разве это

простительно? Или он поступал так, как и все они, сослепу?..»

— Коля! — сказала она тихо,— открой глаза.

Он повиновался, открыл глаза, повернулся к ней, обвил рукой ее шею, притянул немного к себе и хотел поцеловать в вырез рубашки — в грудь. Она опять нежно, но повелительно отстранила его.

— Нет, подожди, подожди,— выслушай меня... еще минутку. Скажи мне, мальчик, зачем ты к нам сюда ходишь,— к женщинам?

Коля тихо и хрипло рассмеялся.

— Какая ты глупая! Ну зачем же все ходят? Разве я тоже не мужчина? Ведь, кажется, я в таком возрасте, когда у каждого мужчины созревает... ну, известная потребность... в женщине... Ведь не заниматься же мне всякой гадостью!

— Потребность? Только потребность? Значит, вот так же, как в той посуде, которая стоит у меня под кроватью?

— Нет, отчего же? — ласково смеясь, возразил Коля.— Ты мне очень нравилась... с самого первого раза. Если хочешь, я даже... немножко влюблен в тебя... по крайней мере ни с кем с другими я не оставался.

— Ну, хорошо! А тогда, в первый раз, неужели потребность?

— Нет, пожалуй, что и не потребность, но как-то смутно хотелось женщины... Товарищи уговорили... Многие уже раньше меня ходили сюда... Вот и я...

— А что, тебе не стыдно было в первый раз?

Коля смутился: весь этот допрос был ему неприятен, тягостен. Он чувствовал, что это не пустой, праздный постельный разговор, так хорошо ему знакомый из его небольшого опыта, а что-то другое, более важное.

— Положим... не то что стыдно... ну, а все-таки же было неловко. Я тогда выпил для храбрости.

Женя опять легла на бок, оперлась локтем и опять сверху поглядывала на него близко и пристально.

— А скажи, душенька,— спросила она еле слышно, так, что кадет с трудом разбирал ее слова,— скажи еще одно: а то, что ты платил деньги, эти поганые два рубля,— понимаешь! — платил за любовь, за то, чтобы я тебя ласкала, целовала, отдавала бы тебе свое тело,— за это платить тебе не стыдно было? никогда?

— Ах, боже мой! Какие странные вопросы задаешь ты сегодня! Но ведь все же платят деньги! Не я, так другой заплатил бы,— не все ли тебе равно?

— А ты любил кого-нибудь, Коля! Признайся! Ну хоть не по-настоящему, а так... в душе... Ухаживал? Подносил цветочки какие-нибудь... под ручку прогуливался при луне? Было ведь?

— Ну да,— сказал Коля солидным басом.— Мало ли какие глупости бывают в молодости! Понятное дело...

— Какая-нибудь двоюродная сестренка? барышня воспитанная? институтка? гимназисточка?.. Ведь было?

— Ну да, конечно,— у всякого это бывало.

— Ведь ты бы ее не тронул?.. Пощадил бы? Ну, если бы она тебе сказала: возьми меня, но только дай мне два рубля,— что бы ты сказал ей?

— Не понимаю я тебя, Женька! — рассердился вдруг Гладышев.— Что ты ломаешься! Какую-то комедию разыгрываешь! Ей-богу, я сейчас оденусь и уйду.

— Подожди, подожди, Коля! Еще, еще один, последний, самый-самый последний вопрос.

— Ну тебя! — недовольно буркнул Коля.

— А ты никогда не мог себе представить... ну, представь сейчас хоть на секунду... что твоя семья вдруг обеднела, разорилась... Тебе пришлось бы зарабатывать хлеб перепиской или там, скажем, столярным или кузнечным делом, а твоя сестра свихнулась бы, как и все мы... да, да, твоя, твоя родная сестра... соблазнил бы ее какой-нибудь болван, и пошла бы она гулять... по рукам... что бы ты сказал тогда?

— Чушь!.. Этого быть не может!.. — резко оборвал ее Коля.— Ну, однако, довольно,— я ухожу!

— Уходи, сделай милость! У меня там, у зеркала, в коробочке от шоколада, лежат десять рублей,— возьми их себе. Мне все равно не нужно. Купи на них маме пудреницу черепаховую в золотой оправе, а если у тебя есть маленькая сестра, купи ей хорошую куклу. Скажи: на память от одной умершей девки. Ступай, мальчишка!

Коля, нахмурившись, злой, одним толчком ловко сбитого тела соскочил с кровати, почти не касаясь ее. Теперь он стоял на коврике у постели голый, стройный, прекрасный — во всем великолепии своего цветущего юношеского тела.

— Коля! — позвала его тихо, настойчиво и ласково Женька.— Колечка!

Он обернулся на ее зов и коротко, отрывисто вдохнул в себя воздух, точно ахнул: он никогда еще в жизни не встречал нигде, даже на картинах, такого прекрасного выражения нежности, скорби и женственного молчаливого упрека, какое сейчас он видел в глазах Женьки, наполненных слезами. Он присел на край кровати и порывисто обнял ее вокруг обнаженных смуглых рук.

— Не будем же ссориться, Женечка,— сказал он нежно.

И она обвилась вокруг него, положила

руки на шею, а голову прижала к его груди. Так они помолчали несколько секунд.

— Коля,— спросила Женя вдруг глухо,— а ты никогда не боялся заразиться?

Коля вздрогнул. Какой-то холодный, омерзительный ужас шевельнулся и прополз у него в душе. Он ответил не сразу.

— Конечно, это было бы страшно... страшно... спаси бог! Да ведь я только к тебе одной хожу, только к тебе! Ты бы, наверное, сказала мне?..

— Да, сказала бы,— произнесла она задумчиво. И тут же прибавила быстро, сознательно, точно взвесив смысл своих слов.— Да, конечно, конечно, сказала бы! А ты не слыхал когда-нибудь, что это за штука болезнь, которая называется сифилисом?

— Конечно, слышал... Нос проваливается...

— Нет, Коля, не только нос! Человек заболевает весь: заболевают его кости, жилы, мозги... Говорят иные доктора такую ерунду, что можно от этой болезни вылечиться. Чушь! Никогда не вылечишься! Человек гниет десять, двадцать, тридцать лет. Каждую секунду его может разбить паралич, так что правая половина лица, правая рука, правая нога умирают, живет не человек, а какая-то половинка. Получеловек-полутруп. Большинство из них сходит с ума. И каждый понимает... каждый человек... каждый такой зараженный понимает, что, если он ест, пьет, целуется, просто даже дышит,— он не может быть уверенным, что не заразит сейчас когонибудь из окружающих, самых близких — сестру, жену, сына... У всех сифилитиков дети родятся уродами, недоносками, зобастыми, чахоточными, идиотами. Вот, Коля, что такое из себя представляет эта болезнь! А теперь,— Женька вдруг быстро выпрямилась, крепко схватила Колю за голые плечи, повернула его лицом к себе, так что он был почти ослеплен сверканием ее печальных, мрачных, необыкновенных глаз,— а теперь, Коля, я тебе скажу, что я уже больше месяца больна этой гадостью. Вот оттого-то я тебе и не позволяла поцеловать себя...

— Ты шутишь!.. Ты нарочно дразнишь меня, Женя!..— бормотал злой, испуганный и растерявшийся Гладышев.

— Шучу?.. Иди сюда!

Она резко заставила его встать на ноги, зажгла спичку и сказала:

— Теперь смотри внимательно, что я тебе покажу...

Она широко открыла рот и поставила огонь так, чтобы он освещал ее гортань: Коля поглядел и отшатнулся.

— Ты видишь эти белые пятна? Это — сифилис, Коля! Понимаешь — сифилис в самой страшной, самой тяжелой степени. Теперь одевайся и благодари бога.

Он, молча и не оглядываясь на Женьку, стал торопливо одеваться, не попадая ногами в одежду. Руки его тряслись, и нижняя челюсть прыгала так, что зубы стучали нижние о верхние, а Женька говорила с поникнутой головой:

— Слушай, Коля, это твое счастье, что ты попал на честную женщину, другая бы не пощадила тебя. Слышишь ли ты это? Мы, которых вы лишаете невинности и потом выгоняете из дома, а потом платите нам два рубля за визит, мы всегда — понимаешь ли ты? — она вдруг подняла голову,— мы всегда ненавидим вас и никогда не жалеем!

Полуодетый Коля вдруг бросил свой туалет, сел на кровать около Женьки и, закрыв ладонями лицо, расплакался искренно, совсем по-детски...

— Господи, господи,— шептал он,— ведь это правда!.. Какая же это подлость!.. И у нас, у нас дома было это: была горничная Нюша... горничная... ее еще звали синьоритой Анитой... хорошенькая... и с нею жил брат... мой старший брат... офицер... и когда он уехал, она стала беременная и мать выгнала ее... ну да,— выгнала... вышвырнула из дома, как половую тряпку... Где она теперь? И отец... отец... Он тоже с гор... горничной.

И полуголая Женька, эта Женька-безбожница, ругательница и скандалистка, вдруг поднялась с постели, стала перед кадетом и медленно, почти торжественно перекрестила его.

— Да хранит тебя господь, мой мальчик! — сказала она с выражением глубокой нежности и благодарности.

И тотчас же побежала к двери, открыла ее и крикнула:

— Экономка!

На зов ее пришла Зося.

— Вот что, экономочка,— распорядилась Женька,— подите узнайте, пожалуйста, кто из них свободен — Тамара или Манька Беленькая. И свободную пришлите сюда.

Коля проворчал что-то сзади, но Женька нарочно не слушала его.

— Да поскорее, пожалуйста, экономочка, будь такая добренькая.

— Сейчас, сейчас, барышня.

— Зачем, зачем ты это делаешь, Женя? — спросил Гладышев с тоской.— Ну для чего это?.. Неужели ты хочешь рассказать?..

— Подожди, это не твое дело... Подожди, я ничего не сделаю неприятного для тебя.

Через минуту пришла Манька Беленькая в своем коричневом, гладком, умышленно скромном и умышленно обтянутом коротком платье гимназистки.

— Ты что меня звала, Женя? Или поссорились?

— Нет, не поссорились, Манечка, а у меня

очень голова болит,— ответила спокойно Женька,— и поэтому мой дружок находит меня очень холодной. Будь добренькая, Манечка, останься с ним, замени меня!

— Будет, Женя, перестань, милая! — тоном искреннего страдания возразил Коля.— Я все, все понял, не нужно теперь... Не добивай же меня!..

— Ничего не понимаю, что случилось,— развела руками легкомысленная Манька.— Может быть, угостите чем-нибудь бедную девочку?

— Ну, иди, иди! — ласково отправила ее Женька.— Я сейчас приду. Мы пошутили.

Уже одетые, они долго стояли в открытых дверях, между коридором и спальней, и без слов, грустно глядели друг на друга. И Коля не понимал, но чувствовал, что в эту минуту в его душе совершается один из тех громадных переломов, которые властно сказываются на всей жизни.

Потом он крепко пожал Жене руку и сказал:

— Прости!.. Ты простишь меня, Женя? Простишь?..

— Да, мой мальчик!.. Да, мой хороший!.. Да... Да...

Она нежно, тихо, по-матерински погладила его низко стриженную жесткую голову и слегка подтолкнула его в коридор.

— Куда же ты теперь? — спросила она вдогонку, полуоткрыв дверь.

— Я сейчас возьму товарища и домой.

— Как знаешь!.. Будь здоров, миленький!

— Прости меня!.. Прости меня!..— еще раз повторил Коля, протягивая к ней руки.

— Я уже сказала, мой славный мальчик... И ты меня прости... Больше ведь не увидимся!..

И она, затворив дверь, осталась одна.

Нет, не Эрот обижает людей,
но рабы своей страсти
Вечно стремятся ему
вины свои приписать.

Лукиан (II век н. э.)

ЗАМЕТКИ НА ПОЛЯХ

Открытие новых инфекционных заболеваний в настоящее время не редкость, а закономерное явление. Только в последнее десятилетие стали известны *вирусные геморрагические лихорадки Марбург, Эбола, Ласса, болезнь легионеров, кампилобактериоз, иерсиниоз и другие*. Причина этих открытий имеет две стороны. Во-первых, совершенствуется диагностика, позволяющая выделять новые культуры бактерий и вирусов. Но самое главное — под действием хозяйственной деятельности человека изменяется окружающая среда, к которой принадлежит и мир микроорганизмов. Такие изменения часто сопровождаются отрицательными эффектами, неожиданными для самого человека.

Например, создание крупных овощехранилищ с пониженной температурой воздуха, использование холодильников в быту создало условия для существования иерсиний, которые особенно хорошо размножаются при температуре, приближающейся к нулю, что привело к учащению случаев заболевания иерсиниозом.

Так же и массовое использование в быту кондиционеров привело к крупной вспышке другой болезни — легионеллеза. Так, неизвестные ранее микробы, называемые теперь легионеллами, попали в помещение, в котором проходил съезд организации американских легионеров, и те, кто в нем находился, заразились и заболели новой болезнью. Произошло это из-за того, что мощный кондиционер подавал загрязненный этими микробами воздух, увлажнявшийся водой из резервуара.

* * *

Гомосексуализм, мужской и женский, встречается как симптом психического заболевания, но может проявиться как самостоятельная форма психопатии. Наряду с этим в половые сношения с лицами своего пола вступают из таких мотиваций, как отсутствие лиц другого пола либо в поисках новых ощущений, наконец, для заработка (такого рода «профессия» существует за рубежом). В США, например, гомосексуализм, наряду с другими сексуальными извращениями, как известно, распространился широко в 70-е годы. В настоящее время сообщается о 2 миллионах мужчин-гомосексуалистов, из них 25 % бисексуалисты, живущие половой жизнью и с мужчинами, и с женщинами.

По наблюдениям американских исследователей, так называемые активные и пассивные гомосексуалисты часто меняются ролями, что также имеет значение в эпидемио-

логии СПИДа. Немаловажную роль в распространении болезни сыграло то, что гомосексуалисты встречаются иногда с несколькими половыми партнерами в день, например в своих клубах-банях. Имеются сообщения, что отдельные больные СПИДом гомосексуалисты имели до 15 тысяч половых партнеров за 20 лет, а другие до 1300 (!) партнеров в год.

* * *

Ранний клинический признак болезни СПИД — длящееся более 1,5 месяца персистирующее увеличение лимфатических узлов многих групп, что при отсутствии симптомов других заболеваний должно настораживать практических врачей. При осмотре больных и диспансеризации населения поэтому необходимо пальпировать лимфоузлы, чем обычно пренебрегают. Особое внимание рекомендуется обратить на задишейные узлы, лимфоузлы в надключичной ямке, на подмышечные и локтевые узлы. При обнаружении увеличенного узла следует обратить внимание и на наличие возможных причин — гнойничные и воспалительные процессы. Подчелюстные и передншейные лимфоузлы часто могут быть увеличены из-за больных зубов и воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей. Увеличение подчелюстных узлов при здоровой полости рта у пациента должно настораживать врача.

Эксперты ВОЗ считают подозрительным на инфекцию лимфопатическим вирусом увеличение более чем 1 лимфоузла более чем в 1 группе, кроме паховой, длящееся дольше 1,5 месяца. Некоторые лимфоузлы при пальпации могут быть болезненными.

* * *

Эксперты ВОЗ считают, что типичными проявлениями, указывающими на развитие иммунодефицита, характерного для поражения вирусом, вызывающим СПИД, могут быть следующие инфекционные поражения.

Инфекции, вызываемые протозойными возбудителями и гельминтами:

— кишечный криптоспоридиаз, вызывающий диарею, длящуюся дольше 1 месяца;

— пневмония, вызванная пневмоцистой, этиологию которой подтвердили гистологически или при микроскопии смывов с бронхов или мокроты;

— пневмония, поражение ЦНС или другие формы диссеминации кишечного строигилоидоза, подтвержденного гистологически;

— поражение внутренних органов (кроме печени, селезенки и лимфоузлов) токсоплазмой, подтвержденное гистологией и (или) микроскопией.

Грибковые поражения:

— кандидозный эзофагит, подтвержденный гистологически, микроскопически или визуально при эндоскопии (белые бляшки на эритематозной слизистой), а не только выделением культуры;

— криптококковое поражение ЦНС или другие формы диссеминации, подтвержденные выделением культур, обнаружением антигена, гистологически.

Бактериальные инфекции:

— атипичный микобактериоз легких и лимфатических узлов, подтвержденный выделением культур.

Вирусные поражения:

— поражение цитомегаловирусом внутренних органов, кроме печени, селезенки и лимфатических узлов, подтвержденное гистологически и цитологически;

— хроническое поражение вирусом простого герпеса нескольких слизистых, а также легких и кишечного тракта или диссеминированная форма (но не один энцефалит), подтвержденное выделением культур вируса, гистологией и цитологией;

— прогрессирующая многоочаговая лейкоэнцефалопатия, вызываемая Pupova-вирусом, подтвержденная гистологически.

Среди менее типичных для СПИДа инфекционных процессов отмечаются:

— диссеминированный гистоплазмоз; изоспориаз, вызывающий хроническую диарею.

Среди опухолевых процессов наиболее типичными для СПИДа считают:

— саркому Капоши (подтвержденную гистологически);

— лимфому мозга (подтвержденную гистологически).

Менее типичны для СПИДа:

— лимфома Беркитта и иммунобластическая саркома, диффузная недифференцированная лимфома, крупноклеточная лимфома.

Эксперты ВОЗ не относят к проявлениям СПИДа лимфогранулематоз, лимфомы Т-клеточного происхождения или другие лимфомы.

* * *

Известно, что уже на ранних стадиях СПИДа обнаруживаются два-три (в среднем) симптома кожных заболеваний у инфицированных ВИЧ. Дерматозы, появление которых сигнализирует о заражении, характерны (согласно Н. Потекаеву) следующими особенностями. Происхождение их инфекционно-паразитарное (возбудители — чаще всего *грибы, вирусы, бактерии*), наблюдаются четкие отклонения от типичной клинической картины в развитии дерматозов (вплоть до проявления несвойственных им качеств), упорное их течение, стойкость к обычно применяемой терапии, наконец, сочетание с проявлениями инфекции ВИЧ в фазе генерализованной лимфаденопатии.

Грибковые поражения обычно обусловлены *красным трихофитоном* и отличаются множественными и обширными очагами. Встречается иногда *паховая эпидермофития*, которая распространяется за пределы обычной локализации — на туловище, кисти, стопы и даже лицо. У молодых людей преимущественное поражение *кандидозом* слизистой оболочки (полости рта, пищевода, гениталий и перианальной области) со склонностью к эрозированию и изъязвлению может служить вероятным диагностическим признаком заражения ВИЧ, особенно при устойчивости (резистентности) к лечению. У каждого пятого больного СПИДом встречается обширный *себорейный дерматит*, стойкий к кортикостероидным мазям, спонтанно рецидивирующий, что связано, как полагают, с «оживлением» дрожжеподобных грибков и других микроорганизмов.

Отличается частыми и продолжительными атаками, обширностью поражения, изъязвлениями и болезненностью *рецидивирующий герпес*, появляющийся на фоне инфекции ВИЧ. Обычно тяжело, с мучительной болезненностью протекает *опоясывающий герпес*, как правило, дающий рецидив, повторные атаки которого могут свидетельствовать и о переходе болезни в заключительную фазу — СПИД. Из других оппортунистических (сопутствующих) инфекций описаны *контагиозный моллюск, бородавки, остроконечные кондиломы, волосатая лейкоплакия, папилломы.* Весьма часты разнообразные *пиодермиты (фолликулиты,фурункулы, гидрадениты, карбункулы, стрептококковое импетиго, шанкриформная пиодермия)*. Возможны и другие поражения кожи (очаговое облысение, *тромбоцитопеническая пурпура,* высыпания по типу «папулезной крапивницы»). Поражения кожи могут регрессировать, вновь появляться в различных сочетаниях, сменяться одно другим, становясь все более распространенными и тяжелыми со временем, особенно в фазе СПИДа, в которой могут присоединиться *криптококкоз* и *гистоплазмоз.*

Начальные проявления *саркомы Капоши*, по наблюдениям Н. Потекаева, появляются еще до формирования фазы СПИДа. Это важнейший диагностический признак инфекции ВИЧ, требующий своевременного распознавания. Как проявление СПИДа, саркома Капоши достоверно отличается от своей классической разновидности: яркая окраска и сочность высыпаний, необычная (нередко вначале) их локализация — на голове, особенно на лице, шее, туловище, в ротовой полости, перианальной области, молодой возраст больных, быстрая диссеминация и агрессивное течение, вовлекающее лимфатические узлы и внутренние органы. Отличается она и от возникающей на фоне массивной терапии иммунодепрессантами так называемой *иммуносупрессивной саркомы Капоши.*

* * *

Симптомы СПИДа не проявляются в неонатальном периоде, антитела к ВИЧ выявляются у детей старше четырех месяцев жизни, повторное тестирование проводят после полугода. При диагностике дифференцируют от *первичного иммунодефицита,* тяжелого *сочетанного иммунодефицита, внутриутробных инфекций (токсоплазмоз, цитомегалия, герпетическая инфекция, краснуха).*

Установлено, что передача ВИЧ плоду у инфицированной беременной женщины происходит через плаценту и вагинальные пути. Как и взрослых, наряду с бессимптомным носительством вируса, у зараженных детей в менее выраженной форме выявляется предшествующий фазе СПИДа период, для которого характерны такие патологические явления, как *генерализованная лимфаденопатия, лихорадка, хроническая диарея, прогрессирующая потеря веса* до 10—15 процентов, *анорексия, рецидивирующие инфекции, оральный кандидоз, гепатоспленомегалия.* Наблюдаются и повышенная *утомляемость, ознобы* или *ночные поты, рецидивирующая лихорадка, артралгии* и *миалгии, полиморфная сыпь, легкая ранимость кожных покровов,* частые и длительные *кровотечения, ринофарингиты, постоянный кашель.* Такие симптомы не проходят неделями и месяцами, длятся вплоть до появления манифестной клинической картины заболевания СПИДом.

Включите в свой гимнастический комплекс!

КРАСОТА И ЗДОРОВЬЕ:

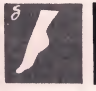
ДЛЯ РАЗВИТИЯ ГИБКОСТИ ДВИЖЕНИЙ В ЛОКТЕВЫХ СУСТАВАХ

I

I. Исходаое положение (ИП) — а осноаной стойие, локти прижаты к тулонищу, руки до отиазн согнуты н лоитях. На счет 1—2 — разогнуть предплечьн (*а*) н снона согиуть нх до отиаза (*б*); 3—4 — предплечьн понорачниаются нлено (*в*) н нпрано (*г*). Варианты: изменнть положенае иистей руи н плеч.

ДЛЯ УДЛИНЕНИЯ ГОЛЕНЕЙ, ПРИДАНИЯ ИМ КРАСИВОЙ ФОРМЫ, ГИБКОСТИ В КОЛЕНЯХ

I



I — оснoннаа стойиа, руии на понсе:
1—2 — праaую ногу постаиить н сторону аа пятиу (*а*) и перенести на аосои (*б*); 3—4 — сиона постаннть на пятку н нернуться а ИП; 5—8 — то же другой ногой, таиже не сгнбая иолени, не иаилоняясь нперед (тяжесть тела аа наружиом сноде стопы опорной нога). Варaааты: то же, отаода аогу нперед ала назад.

II

II. ИП — оснонаая стойиа, руин ндоль тулонища:
1 — отрынан нперед патку от пола (не отрынан носка), согиуть ногу; 2 — ныпрямляя ногу а колене, стаан пятиу н ИП, согнуть другую ногу тем же способом (помогая ходьбе на месте даижеаннин руи, разнераун плеча). Варнаңты: то же, наилоиян тулонище нперед и опираясь кистями рук о стену, передней частью стоп опираться на нознышенне (например, подложнн под анх пару кнаг).

III

III. ИП — то же, что и н I:
1 — прануую ногу, поворачиная носком наружу, выстанить вперед, постания на нытяиутый носок (*а*); 2 — пристаннть ее и левой ноге, опираись на исю ступню, пятиой внутрь. Перенесн тижесть тела с леной аоги на обе, согнуть их и иолениях

V. ИП — то же, что и а II:
1 — присесть с упором на инсти рук (иоги нместе) (*а*); 2 — перенести тяжесть тела немного аперед (наклониться), опирансь на инсти руи (*б*); 3 — нознрат в положенне (*а*); 4 — нознрат н ИП. Варианты: то же с опорой иа пятка, иоленн можио иаправить нперед-наружу.

VI. ИП — сида, иоги ныпрямлены, руки опираются о пол: 1 — нытягиная руки нперед, наилониться пониже (а); 2 — унеличить наилон, ныпрнмлни плеча (голону не опускать), стремнсь грудью иоснуться ног (*б*); 3—4 — нернуться н ИП.

Упражнения рекомендуют Александра Пионтковска и Ева Плошай

ИЗЯЩНАЯ ФИГУРА

II

II. ИП — осиониав стойка, руки согнуты под прямым углом: 1—4 — круговые днижевия предвлечьими (от локтей) наружу (ипрано-ввиз-влено-инерх); 5—8 — понторить несколько раз. 1—4 — то же и обратную сторону (виутрь).

III

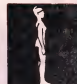
III. ИП — то же, что и н II:
1 — овуская руки иниз, ныпримить их н локтих, одноиременво разгибан кисти (до иримого угла с предвлечьем) (*а*); 2 — подвить руки иперед, сгибан кисти (под иримым углом к иредплечью) (*б*); нериутьсн и ИП; 4 — согнуть руки до отказа, сохравяи воложенне кистей ладонью вииз (*в*).

IV

IV. ИП — в осноивой стойке, руки в стороны, согнуты и локтнх под примым углом, кисти в воложенни ладонью нииз (*а*): 1 — сохраиив вримой угол в положение кистей (варалльлио полу), воднять локти иа уронень плеч (*б*); 2 — нернутьсн в ИП (*а*).

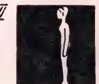
(*б*); 3—4 — то же другой иогой. Обе воги понернуты и тазобедренных сустанах, согнутые колеин — ва лиинв периендикулира к пальцам стоп, тяжесть тела раниомерно распределена на наружиых снодах стои.

IV



IV. ИП — то же, что в в II:
1—2 — волуприседаиие (иоги нместе, тулонище перпендикулирво илоскоств вола, коленв ныдвввуты нвеpед); 3—4 — нозират и ИП. Варианты: ИП — питкн вместе, воски врозь (колени вапраилены впередварyжу) влв воги врозь, ва восках, с различиым иоложеннем (либо днижением) рук.

VII



VII. ИП — то же, что и н II:
1—2 — старавсь не горбитьсв, ваклоивтьсн иперед коснушись ковцами иальцен вола (при более глубоком ииклоне — ладоиими, со временем стремись наклонитьсн пониже; 3—4 — нозират в ИП.

(Пионтковска А., Плошай Е. Здоровье и красота.— Варшава: Спорт и туристика, 1986. Публикуется в изложении).

1.

К СВЕДЕНИЮ ПОДПИСЧИКОВ!

ФАКУЛЬТЕТ «ТВОЕ ЗДОРОВЬЕ». Так будет называться наше издание с 1989 года. Подписной индекс остается прежним — 70063 (в Каталоге «Союзпечати» в разделе «Брошюры и журналы издательства «Знание»).

В 1989 году подписчики получат 6 выпусков (объемом 96 с. каждый), которые будут выходить с периодичностью в два месяца раз.

Основная задача издания — помочь людям разных возрастов и профессий овладеть знаниями основ профилактики болезней и реабилитации в домашних условиях, способствовать укреплению здорового образа жизни.

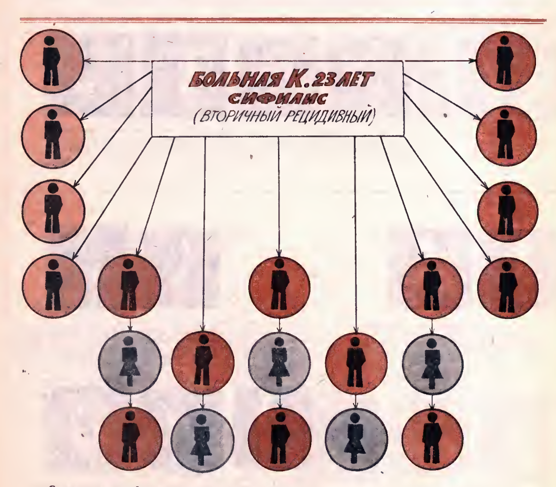


Схема очага заболевания сифилисом, первоисточником которого явилась женщина без определенного местожительства (лицо, заразившее ее, не установлено). Всего в этом очаге зарегистрирован 21 больной сифилисом и 43 человека, бывших с ними в половом контакте, заболевание которых удалось предотвратить благодаря своевременному превентивному лечению.

Ю. Скрипкин, О. Тесалова, Г. Грачева

ПЬЯНСТВО И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

Свое название — «*венерические болезни*» эти старые недуги человечества получили еще в 1527 году, когда французский врач *Жак де Батенкур* назвал их так по имени богини любви из древнеримской мифологии — *Венеры*. Мог ли он предполагать, что это название сохранится в веках и только через 4,5 столетия будет предложено другое?

Новое, более прозаичное название для этой группы инфекций — «*болезни, передающиеся половым путем*» **(БППП)** вполне правомерно. И все же мы пользуемся термином «венерические болезни». С одной стороны, по привычке, а с другой, потому что эта терминология принята на международном уровне, узаконена **международной классификацией болезней** (есть такая классификация, издаваемая Всемирной организацией здравоохранения).

Собственно говоря, к группе венерических болезней относятся сифилис, гонорея, паховый лимфогранулематоз и мягкий шанкр. А между тем в группу болезней, передающихся половым путем (БППП), объединены около 20 инфекционных и паразитарных заболеваний, передающихся при половых контактах и локализующихся в области половых органов.

Из венерических болезней в нашей стране *регистрируются лишь сифилис и гонорея*. Два других венерических заболевания — *мягкий шанкр и паховый лимфогранулематоз у нас давно ликвидированы*, но венерологи о них не забывают, поскольку в некоторых странах они имеют довольно значительное распространение.

Прежде чем начать разговор о том, как пьянство способствует распространению венерических болезней, расскажем, что же такое сифилис и гонорея, как они появляются, чем они грозят человеку, как их предупредить и как с ними бороться.

ЧТО НАДО ЗНАТЬ О СИФИЛИСЕ

Возбудителем болезни является микроорганизм — *бледная трепонема*, или *спирохета*. Рассматривая под микроскопом это почти эфемерное на взгляд живое образование, трудно поверить, что оно является причиной такого грозного заболевания, как сифилис. Тем не менее это так.

Проникает бледная трепонема в организм человека через микроскопические, незаметные для невооруженного глаза трещины и ссадины кожи, и особенно *слизистых оболочек*. Ведь этот тонкий и нежный покров, выстилающий естественные полости тела, легко разрывается, травмируется при различных внешних воздействиях.

При половом акте, особенно активном и бурном, как это нередко бывает у хмельных партнеров, слизистые оболочки половых органов покрываются мельчайшими неглубокими трещинами, которые и служат ***входными воротами*** для проникновения микроба в организм человека. Уже в ближайшие часы после внедрения бледная трепонема проникает настолько глубоко, что практически недосягаема для применяемых наружно противомикробных, антисептических средств.

Надо заметить, что агрессивной спирохета становится лишь в организме. Во внешней среде этот микроб чрезвычайно неустойчив, легко подвергается высушиванию и гибнет даже при комнатной температуре. Вот почему совершенно безопасно открывать двери кабинетов венерологических учреждений обычным способом — за ручку. Если же человек соблюдает элементарные гигиенические правила (чистит зубы индивидуальной зубной щеткой, использует другие индивидуальные предметы личного обихода — мочалки, постельные принадлежности, полотенца, посуду, губную помаду, не докуривает чужих папирос

и т. п.), то гарантировать его от бытового заражения сифилисом можно с уверенностью.

О начальных проявлениях и стадиях болезни

Итак, спирохета попала в организм и стала энергично там размножаться и рассеиваться. Человеческий организм не сразу реагирует на это враждебное внедрение, проходит некоторое время, прежде чем мобилизуется иммунная (защитная) система, образуются так называемые антитела в ответ на появление инородного агента — антигена, каким является бледная трепонема. Никаких видимых для больного проявлений пока нет. И специальные лабораторные анализы крови — так называемые серологические реакции (фиксирующие встречу антигена с антителом), остаются отрицательными. Болезнь, таким образом, начинается со скрытого периода, с латентной, как говорят медики, стадии.

Длится эта **первичная латентная** стадня около 3—4 недель. Различные факторы могут не только укорачивать, но и удлинять этот период сифилиса (например, тяжелое общее заболевание, алкогольная интоксикация, прием антимикробных препаратов, особенно антибиотиков), что может привести к поздней диагностике сифилиса.

По истечении 3—4 недель (при *классическом*, ничем не осложненном течении сифилиса) на месте внедрения бледной трепонемы развивается **первый видимый признак заболевания** — поверхностная язвочка на достаточно плотном основании, с блестящей «лакированной» поверхностью. Это — *твердый шанкр*. Размер его, как правило, невелик — 0,5—1,5 см в диаметре. Нередко появляется одновременно несколько шанкров (множественные), как правило, на половых органах, хотя шанкр может появиться и в других местах, даже на голове. Самая характерная его особенность — он безболезнен и вообще никаких неприятных субъективных ощущений заболевшему не доставляет.

Это коварное свойство видимых проявлений сифилиса на коже и слизистых усыпляет бдительность заболевших, которые, даже обнаружив у себя твердый шанкр, часто не проявляют беспокойства по этому поводу, не считая серьезным заболевание, которое «не болит». Нередко больные самостоятельно начинают «лечить» эти кожные проявления различными примочками, мазями, присыпками, а ведь твердый шанкр исчезает через некоторое время без всякого лечения — организм обретает силы для активной борьбы с инфекцией. Заболевший же приписывает это исчезновение язвочки примененному им лечению и еще больше утверждается в мысли, что это у него была обычная, банальная инфекция.

Не вызывает обычно подозрения и другой **признак раннего заразного периода сифилиса** — увеличение лимфатических желез, расположенных близко к твердому шанкру. Лимфатические железы — это «погранзастава» человеческого здоровья, они первыми берут на себя защиту организма. При сифилисе увеличенные железы получили название — «*бубон*». В старину врачи говорили: бубон как тень следует за шанкром, иногда даже опережая его. Это верно и теперь. Железы при этом плотны, подвижны, не спаяны друг с другом, с кожей и... безболезненны!

Где же чаще всего располагается твердый шанкр и сопутствующий ему бубон? Это зависит от пути заражения данного больного, от того, где именно внедрилась бледная трепонема. Чаще всего — на половых органах, но нередко и в полости рта, на миндалинах, в области заднепроходного отверстия и др. И не всегда шанкры доступны осмотру. Например, твердый шанкр у женщин может располагаться на шейке матки, и тогда увидеть его можно только при гинекологическом обследовании.

Твердый шанкр и регионарный бубон — это **признаки первичного периода сифилиса**, когда организм уже вступил в активную борьбу с инфекционным началом. Со второй половины этого периода становятся положительными и серологические реакции крови. Проявления первичного сифилиса высокозаразны (в тканевой жидкости, взятой со дна твердого шанкра, оказывается изобилие бледных трепонем). Много спирохет в это время в крови больного и в лимфатической жидкости.

Все дальнейшее теченне сифилиса — это поедннок между бледной трепонемой и организмом, поединок (если не вмешается медицина) без победителя, с переменным успехом то одной, то другой стороны. В результате на коже и слизистых оболочках в разное время то появляются, то исчезают видимые прнзнаки болезни. Важно то, что со временем, чем больше проходит срок от момента заражения, тем скуднее и ограниченнее видимое проявление болезни — *кожная сыпь*.

Впервые обнльная сыпь на коже и слизнстых, отличающаяся чрезвычайным многообразием, появляется через 6—8 недель после заражения (нногда и при наличнн остатков не рассосавшегося до конца твердого шанкра). Это могут быть пятна, узелки, иногда мелкие гнойнички. Прн этом, как н твердый шанкр, сыпь ничем не беспокоит больного: нет боли, зуда, не повышается температура тела. Цвет элементов сыпи часто так бледен, что может остаться незамеченным больным. На слизистых оболочках в полости рта, например, узелковая сыпь под влиянием механического раздражения пнщей и под воздействием слюны часто изъязвляется, сливается, нередко имитируя картину ангины (сифилитическая ангина). Избежать диагностических ошибок можно, если думая о кори, тифах, аллергической природе сыпи, не забывать о «великой обезьяне» — сифилисе.

Одновременно с обильной сыпью на коже увеличиваются все лимфатнческие узлы, достигая размеров лесного ореха. Они плотны, не спаяны с кожей, безболезненны. Серологические реакции крови положнтельны. Все элементы сыпи содержат обильное количество бледных трепонем. Этот **период болезии получил иазваиие — вторичиого свежего** (в отличие от следующего за ним вторичного рецидивного — возвращающегося снфилиса).

Постепенно пятна становятся еще бледнее, узелки — площе, а затем вся сыпь бесследно исчезает. Никаких внешних признаков бывшей у больного сыпи на коже и слизистых не остается. Пациент, даже если он заметил сыпь, считает теперь себя здоровым н пребывает в этой уверенностн до тех пор, пока со временем сыпь не появится вновь — уже в меньшем количестве, более сгруппированно. В местах, подвергающихся трению, на поверхности плоских узелков (*папул*) могут появиться нередко обнльные разрастания ткани на широком основании (*широкие кондиломы*).

Все это являет собой **начало вторичиого рецидивиого сифилиса:** видимые признаки болезни как бы возвращаются, рецидивируют. Изменения кожи в этот пернод касаются не только гладких ее участков, но и покрытых волосами. Выпадают ресницы и брови, а волоснстая часть головы приобретает вид меха, изъеденного молью мелкими участками. На коже шеи могут появиться мелкие пятна, лишенные пигмента (*«ожерелье Венеры»*). Папулы часто локалнзуются на коже ладоней и подошв. Все эти элементы высокозаразны. Но и в этом периоде сифнлиса проявления на коже и слизистых остаются безболезненными и исчезают без следа.

Далее, прн очередной «волне» проявлений — очередном рецидиве сыпи появляется еще меньше, и так до конца рецидивного периода сифилиса, когда могут появиться лишь единичные элементы. Такое чередование возвратов видимых кожных проявлений продолжается на протяженни 2 н более лет. *Сыпь, повторяем, следов не оставляет*.

О поражении всех органов и систем

Нелеченый вторичный рецидивный снфилис **смеияется третичиым периодом** своего развитня, при котором виднмые проявления располагаются в более глубоких слоях кожи, и поэтому остаются рубцы после нх исчезновения.

Основными элементами являются *бугорок* и *узел (гумма)*. Разная глубина залегання бугорков и разные срокн их развития, появленне новых элементов на границе с уже нзъязвившимися в конечном счете оставляют своеобразный, специфичный только для сифилиса, пестрый («мозаичный») рубец, который является важным признаком в диагностике сифилиса. Сложнее обстоит дело с крупным узлом — гуммой, которая может развиться на коже, захватывая и подлежащне под нею ткани (сухожилия, хрящн, костн), или выбирает себе какойлнбо другой внутренний орган.

Ни один орган в человеческом организме не застрахован от появления в нем гуммы. Одно из излюбленных мест ее локализации — носовая перегородка. После разрушения гуммы (обязательного) в носовой перегородке образуется отверстие, а спинка носа западает (седловидный нос). Затрудняются носовое дыхание и прием пищи, речь становится гнусавой.

Гумма может развиваться и в ткани мягкого нёба, в мозгу, в костях, в печени, в стенке кровеносного сосуда, в мышце сердца, в стенке желудка — во всех жизненно важных органах. Разрушаясь, гумма оставляет необратимые изменения в тканях этих органов, и следовательно, резко нарушает их функции.

Выявление гумм внутренних органов представляет для врачей значительные трудности, тем более что в этот период сифилиса не все серологические реакции крови остаются положительными. Часто гумма внутренних органов диагностируется как опухолевый процесс, и больной по этому поводу иногда подвергается оперативному вмешательству. Но даже и при своевременно поставленном диагнозе гумма — грозное проявление сифилиса. Ведь лечение на этой стадии лишь приостанавливает дальнейшее ее распространение (то есть ограничивая размеры), но может не предотвратить ни процесса распада гуммы, ни его последствий.

До сих пор речь шла здесь о внешних признаках — видимых проявлениях болезни. Но *сифилис — это общее заболевание, равно затрагивающее и внутреннюю среду организма.* Уже в первичной стадии заболевания наступают изменения воспалительного характера во внутренних органах, в первую очередь в сосудистой и нервной системах, печени. Такие изменения развиваются затем и во всех других органах и системах.

По мере углубления сифилитического процесса усиливается и воспалительный компонент заболевания — развиваются воспаления слизистой желудка (**гастриты**), ткани печени (**гепатиты**), мышечной стенки сердца (**миокардиты**) и другие, с присущей им симптоматикой. И если на первых порах, в ранних стадиях сифилиса, явления эти обратимы и поддаются противосифилитическому лечению (разумеется, если не отягощены другими хроническими болезнями или алкогольной интоксикацией), то в более поздних его периодах они оставляют стойкие органические и функциональные поражения многих внутренних органов, что приводит к глубокой инвалидности.

Заболевания сердечно-сосудистой системы у больных сифилисом проявляются прежде всего в виде уплотнения стенок и клапанов аорты (крупного кровеносного сосуда, отходящего от сердца), что приводит к ее расширению (аневризме) и к аортальному пороку сердца. Уплотненная, потерявшая эластичность стенка аорты при аневризме может послужить причиной скоропостижной, внезапной смерти больного. Такую же опасность таит в себе и гумма, расположенная в стенке аорты.

Ранние поражения нервной системы, начинающиеся в первичном периоде сифилиса,— это нестойкие изменения, незаметные для больного и исчезающие под воздействием терапии. Но без лечения или при недостаточности его, а также слабой его эффективности (в случае, например, хронического алкоголизма) эти поражения усиливаются, закрепляются и становятся необратимыми.

Сифилис может стать и причиной так называемых **поздних поражений нервной системы**, которые развиваются через 10—20 лет после заражения, а иногда и позже. Происходит не что иное, как разрушение нервных клеток головного и спинного мозга и замещение их соединительной тканью. Вследствие этого развиваются тяжелые психические заболевания — прогрессивный паралич и спинная сухотка. Поражение вещества головного мозга приводит к полному распаду личности, деградации, резко выраженному прогрессирующему слабоумию, различным формам бреда, галлюцинаций, к физическому истощению (*кахексии*) и т. п. Такие больные кончают свою жизнь в психиатрической клинике.

При развитии необратимых изменений спинного мозга сначала появляются сильные, мучительные боли в ночное время, наступает расстройство координации и движения, нарушаются зрение и слух, мочеиспускание и дефекация. Больной становится тяжелым инвалидом.

Одним из частых осложнений сифи-

литической инфекции является заболевание печени: в ранних стадиях это гепатит, в поздних — цирроз печени, когда ткань ее заменяется соединительной, и в результате орган теряет свои функции. Процесс и здесь становится необратимым.

Вряд ли следует перечислять последствия поражений бледной трепонемой других органов и систем — все они тяжелы для больного, все они в поздних стадиях болезни стойки и необратимы.

Возможно ли скрытое течение болезни?

Сифилис — это заболевание инфекционное, хроническое, общее, тяжелое, с чередованием манифестных и скрытых периодов, с отсутствием субъективных признаков. Таково его классическое течение. Но в настоящее время доказана возможность заболевания сифилисом без присущих ему видимых клинических изменений. В этом случае болезнь с самого начала протекает скрыто, неведомо для больного и лишь по положительным серологическим реакциям крови ее могут случайно обнаружить. Однако и в этом случае бледная трепонема так же неотвратимо, как и при классической форме болезни, поражает внутренние органы и с тем же трагичным результатом. Ведь можно впервые обнаружить такие поражения уже *в необратимой стадии*.

Обычное течение сифилиса нарушается по разным причинам. *Огромное значение имеет исходное состояние организма* — вполне ли он здоров и силен, чтобы успешно сражаться с внедрившейся инфекцией, или ослаблен другими хроническими болезнями (туберкулезом, диабетом и др.), отравлен алкоголем. Исследования, проведенные с помощью электронного микроскопа, показали в очагах поражения бледной трепонемой угнетение активности клеток ткани под влиянием алкогольной нитоксикации. А больного, страдающего одновременно сифилисом и туберкулезом, венерологи издавна сравнивали со свечой, зажженной с обеих сторон. Это сравнение вполне можно отнести и к больному сифилисом, злоупотребляющему спиртными напитками.

Сифилис опасен не только для тех, кто заразился им в силу особенностей своего поведения, но, что еще горше, для их потомства. И в зависимости от пути заражения медики различают сифилис *приобретенный* и *врожденный*.

Что известно о врожденном сифилисе?

Беременность женщины, заболевшей сифилисом, заканчивается либо выкидышем, либо рождением больного ребенка (разумеется, если женщина не лечилась или лечилась недостаточно). Обычно **поражение плода** бывает настолько ранним и серьезным, что он погибает еще до рождения: изменения, происходящие во внутренних органах, становятся несовместимыми с жизнью.

Если же ребенок родился живым, то признаки сифилиса у него могут проявляться как при рождении, так и значительно позже — через несколько дней, недель, месяцев или даже лет. Сифилис и здесь проявляет все свое коварство: то протекает бурно, с обилием видимых клинических признаков, то исподволь, скрыто, ничем не заявляя о себе до поры до времени. Отсюда и **разделение его на ранний врожденный и поздний врожденный сифилис.** Симптомы последнего могут впервые появиться у больного в возрасте от 5 до 17 лет, а иногда и в 20—30-летнем возрасте.

Наряду с обычными проявлениями врожденный сифилис характеризуется и своими, присущими только ему симптомами. Кожа новорожденного на подошвах, ладонях, ягодицах и других участках уплотнена, яркого красного цвета, нередко пересеченная глубокими трещинами, которые по заживлении оставляют после себя рубцы. Отек и уплотнение отмечаются также в полости носа, во рту и на губах ребенка, что мешает ему дышать, затрудняет акт сосания при кормлении грудью.

Нередко при раннем врожденном сифилисе развивается так называемая **пузырчатка новорожденных** — кожа его покрывается пузырями с гнойно-водянистой жидкостью. Излишне говорить, что все кожные проявления при раннем врожденном сифилисе **острозаразны**, на

их поверхности и в содержимом обитает большое количество бледных трепонем. Одновременно развиваются и поражения внутренних органов — печени, почек, селезенки, сердечно-сосудистой и костной систем.

Формируются также различные **уродства и дефекты.** Поражаются органы чувств, особенно глаза. Может наступить атрофия зрительного нерва и, как ее следствие, слепота. Однако ранний врожденный сифилис может протекать и без этих грозных видимых симптомов, и тогда только положительные серологические реакции крови указывают на наличие этого заболевания у новорожденного. Благо тем, у кого вовремя будут поставлены эти реакции!

Клиническая картина проявлений **позднего врожденного сифилиса** очень близка к таковой в случае приобретенного сифилиса — в его поздних периодах (третичном и при поздних поражениях центральной нервной системы). Однако имеются и признаки, характерные только для позднего врожденного сифилиса, наличие которых облегчает для врача диагностику этого заболевания. Они проявляются в виде своеобразных поражений костной системы человека (зубов, костей голени и др.), органов чувств — роговой оболочки глаз (так называемый паренхиматозный кератит), внутреннего уха (приводящих к стойкой глухоте) и др. Не всегда все признаки врожденного сифилиса имеются в наличии у страдающего этой формой заболевания, каждый из них может встречаться и изолированно, что, естественно, делает нелегкой диагностику.

О профилактике сифилиса

Бледная трепонема — существо, обладающее большой способностью приспосабливаться к разнообразным условиям окружающей ее среды и видоизменяться в зависимости от них. При неблагоприятных условиях, например, она может превращаться в цисту, то есть как бы завертываться в оболочку, устойчивую к воздействию лекарственных препаратов, и пережидать до лучших времен. При появлении благоприятных условий она вновь превращается в классическую спиралевидную трепонему с присущими ей болезнетворными свойствами.

И еще одна особенность сифилитической инфекции, отличающая ее от других инфекционных заболеваний,— **она не оставляет иммунитета (невосприимчивости) к себе** в общепринятом смысле этого понятия. Поэтому человек, уже перенесший сифилис и излеченный от него, **не гарантирован от повторного заражения им.**

Это обстоятельство имело большое значение в разработке общественных мер предупреждения распространения сифилиса среди населения нашей страны. Если до сих пор не удалось создать вакцину противосифилитическую, то надо было найти способы и организационные методы ранней диагностики этого заболевания, своевременного выявления больных и разработать эффективные методы лечения. Так родился *диспансерный метод* обслуживания больных венерическими болезнями, а для его претворения в жизнь развернута сеть кожно-венерологических диспансеров,

Статистика показывает, что только 30—35 процентов больных сифилисом обращается в лечебное учреждение по поводу этого заболевания самостоятельно, остальные *выявляются, как говорят медики, активно,* то есть при проведении массовых профилактических обследований (что и составляет основу диспансерного метода).

Больные не обращаются по разным причинам: вследствие коварства самого заболевания (скрытое течение, отсутствие субъективных ощущений); невнимания к своему здоровью; элементарного несоблюдения правил личной гигиены — просматривают заболевание; боязни огласки и т. п. Кстати, в законодательном порядке медицинский персонал лечебно-профилактических учреждений **обязан сохранять тайну заболевания пациента.**

С профилактической целью проводят осмотры и обследования беременных (двукратно в течение беременности), доноров (перенесший сифилис и даже излеченный от него не может быть донором), взрослых пациентов всех ста-

циоиаров другого профиля, работников детских учреждений, пищевых и коммунальиых предприятий, водителей такси, пациеитов иаркологических учреждений и некоторых других групп иаселения, в том числе и тех, у которых риск заражеиия веиерической болезиью выше, чем в других группах (пьяницы, алкоголики, лица, ведущие аморальный образ жизни и т. п.).

Наука снабдила практическое здравоохранение чувствительиыми и показательиыми методами лабораториой диагностики сифилиса (комплекс серологических реакций). Одиа из них — так называемая микрореакция (для ее постаиовки достаточно всего несколько капель крови из пальца пациента) — широко применяется при профилактических обследованиях, позволяет быстро провести отбор лиц с подозреиием на сифилис. Дальнейшее обследование таких лиц проводится в кожно-венерологическом диспансере с применеиием более сложных серологических реакций. Там ставится окончательный диагноз, и больиой сифилисом госпитализируется для лечения.

Лечение венерического заболевания в нашей стране строго обязательно!

В случае отказа от лечения пациент привлекается к нему в принудительном порядке. Методы лечения больиых сифилисом иаучио обоснованы и достаточно эффективиы, особенно примененные иа раиних стадиях заболеваиия. Лечеиие тем меиее обремеияет больиого, чем раньше оио иачато. При поздних стадиях сифилиса терапия представляет большие трудности, а при иеобратимых изменениях виутреиних оргаиов и ие всегда эффективна. Нередко безуспешной остается терапия у больных сифилисом, ослабленых какой-либо другой тяжелой патологией или иитоксикацией (в том числе алкогольной).

В процессе передачи инфекции при сифилисе всегда участвуют два человека — один передает инфекционное начало, другой получает его. Оба они становятся больными, но один из них является *источником заражения* второго, и совершенно естественно, что врач-венеролог обязан не только поставить диагноз заболевшему и назначить лечение, но и расспросить его о том, кто явился источииком его заражения, а также о тех лицах, которым пациент, в свою очередь, мог передать инфекцию. Речь идет о половых партнерах заболевшего, и иет иужды разъяснять, для чего это делается. Это ясно каждому. И врачи свято соблюдают эту свою обязанность.

Но назвать свои **контакты (так медики называют половых партнеров заболевшего)** — это обязанность пациента. И вот здесь возникают обычно трудности. Некоторые больные утаивают свои коитакты или часть их, не называя своих партнеров, другие просто не зиают точно, от кого могло произойти заражение, из-за обилия случайных половых связей. Так часто случается при заражеиии сифилисом в среде пьяниц, алкоголиков.

В системе оргаиизационных мер по борьбе с венерическими болезиями в нашей стране существенную роль играют и *меры законодательного порядка*. Так, если больной упорио уклоияется от лечения или (зиая, что он болен) ставит в опасиость заражеиия другое лицо, ои **несет уголовную ответственность**, что также относится и к утаиваиию сведений о контактах.

ЧТО НАДО ЗНАТЬ О ГОНОРЕЕ

Это «второе» венерическое заболевание, хотя и отличиое от сифилиса, но ие менее опасиое.

Заболевание это человечеству известно с давиих времен, одиако долгое время его отождествляли с сифилисом, ие считая их различиыми болезнями. Только в коице XIX века, когда к 1879 году был открыт возбудитель болезии — *гонококк* (немецким венерологом *А. Нейсером)*, гонорея была выделена в самостоятельное заболевание. *Гонорея* означала *«семяистечение»*, так как полагали, что сущность болезни заключается в истечении семеии, пока не было твердо устаиовлено, что выделяется при этом гной. Несмотря иа это, название закрепилось и сохраиилось до наших дней.

В чем отличие гонореи от сифилиса?

Возбудитель болезии — гонококк — мельчайшнй мнкроорганнзм, в поле зрения под мнкроскопом представляющнй любопытное зрелище: будто кто-то рассыпал зериа кофе. Одиако беспорядок здесь лишь кажущнйся. На самом деле все зериа расположеиы строго попарно, и в каждой паре зерна обращеиы друг к другу вогнутой стороной. Разумеется, все это можио увидеть лишь после специальной окраскн препарата (гноя нз мазка, взятого от больного), которая позволяет обиаружнть гонококкн ие только прн обильном их содержаннн в препарате, но и тогда, когда нх всего несколько едиичных экземпляров.

В отлнчие от возбуднтеля снфилнса гоиококк более устойчнв к факторам виешней среды. В теплой воде он сохраняет свою жизиеспособиость в течеиие нескольких часов, в белье же, загрязиеином гиоем, он остается жнзнеспособным до полиого высыхаиия белья. Дольше всего гонококк живет во влажных предметах — губках, мочалках, полотеицах. Поэтому прн гоиорее **возможность заражения бытовым путем более реальна,** чем при снфилнсе.

Чаще это касается маленькнх девочек, родителн которых не соблюдают элементарных требованнй гигиены. Прежде всего необходимо выделять ребенку индивидуальиые иательное н постельное белье, губкн, полотенца, горшкн н т. п. И все же половой путь зараження гоиореей — осиовиой в настоящее время.

Гонококк — микроб коварный н агрессивный. Для него совсем не обязательно, как, иапрнмер, для бледиой трепоиемы, иалнчие в слнзнстой «входиых ворот» (трещнн, ссадни, хотя бы н мнкроскопических). Гонококк, попадая на иеповрежденную слнзистую, *сам себе создает такие ворота,* размножаясь и выделяя особые вещества (токсииы, обладающне агрессивнымн свойствами), прокладывающие путь через слизистую в глубжележащие ткаии. Проннкая таким образом в лнмфатическне щели и сосуды, гонококкн переиосятся в отдалеиные органы и тканн организма человека.

Основной путь внедреиня гонококка в органнзм человека — через слнзистые оболочки. Однако опнсаны случан проннкновения его и через кожу (явление, впрочем, чрезвычайно редкое). Наиболее частая локализацня местного болезненного процесса — половые органы и мочевыводящая система человека. При извращенных половых контактах гонорея может развнться и в полости рта, глоткн, в прямой кншке. У новорожденных гонококковое заражеине слнзистой глаз пронсходит во время прохождения родовых путей больной гонореей матерн. Возможно поражение слнзистой глаз и у взрослых.

Однако ошибочно полагать, что гонорея — это чнсто местиый процесс. Так, шнроко распространеиное мнеине о том, что заболеванне это легкое («как иасморк»), не распространяющееся дальше половых органов и быстро нзлечимое, не нмеет под собой иикаких оснований. **Специалисты имеют все данные считать гонорею с самого ее начала общим заболеванием,** с наклонностью к актнвиым местным проявлеииям, интенсивность н характер которых, впрочем, зависят от исходного состояния организма.

Есть у гонококков еще одиа ковариая особенность, связанная с его способностью проннкать внутрь некоторых клеток человека, напрнмер лейкоцнтов и мельчайшнх живых существ — *трихомонад.* Собствеино, речь ндет ие столько о проннкиовеннн гонококка в иих, сколько о захвате нми гонококка. Трихомоиада — возбуднтель довольно распространенного заболевання, передающегося половым путем и иередко объедниняющегося с гоиореей. «Заглатывая» гонококкн, трнхомонада не переварнвает нх, гонококки остаются живыми, что и спасает их от действия меднкаментов, применяемых для лечеиия гонореи. Клнннческой снмптоматики гонореи при этом, естествеино, не наблюдается. Прн разрушенни трихомонад (по завершении естественного цнкла нх развития в органнзме нлн под воздействнем противотрихомонадной терапни) гоиококкн высвобождаются н вызывают у больного возобновленне типнчного воспалнтельного процесса.

Что известно о проявлениях болезни?

При гонорее могут поражаться суставы, сухожилия, нервная система и кожа, почки и даже сердце, возможен и гонококковый сепсис (заражение крови). Поражая целиком половой аппарат мужчин и женщин, гонорея тем самым приводит к невосполнимым потерям — бесплодию и внематочной беременности. Установлено, что более 60 % бесплодия и около 10 % внематочной беременности — последствия перенесенной гонореи.

Конечно, наиболее характерные и явные клинические признаки заболевания развиваются в области половых органов, и знать их следует не только специалистам.

Известно, что с момента попадания гонококка на слизистую и до появления первых признаков болезни проходит, как правило, 3—5 дней. **Это и есть инкубационный (скрытый) период,** который иногда может затянуться до 2—3 недель, **после чего наступает острая стадия заболевания.** Впрочем, нередко понятие «острая» здесь характеризует скорее ранний срок его развития. Вот почему болезненный процесс *на этой стадии называют свежей гонореей.*

Признаки гонореи несколько отличаются у мужчин и женщин. Именно у мужчин заболевание начинается остро: слизистая наружного отверстия мочеиспускательного канала (*уретры*) становится красной и отечной, а из канала появляется обильное гнойное отделяемое. Все это сопровождается болями, усиливающимися при мочеиспускании, в конце которого боль становится режущей. Моча мутнеет, в ней плавают хлопья. Таково начало классического варианта гонореи у мужчин.

Обычно, уже при появлении таких признаков, больные обращаются к врачу. Однако нередки и исключения. При небрежном отношении к своему здоровью заболевший откладывает свой визит к врачу, а между тем клинические признаки постепенно стихают и все меньше беспокоят больного. Через несколько недель боли исчезают совсем, лишь по утрам из уретры появляется скудное отделяемое, а если и дальше не лечить заболевание, то **оно переходит в хроническую форму.** Видимая симптоматика исчезает, болезнь же остается, вызывая уже более глубокие поражения мочеполовых и других органов. Больной по-прежнему остается заразным.

При различных провоцирующих условиях (другие болезни, ослабляющие организм, употребление спиртных напитков, острая пища, сильное половое возбуждение, особенно при смене полового партнера, и др.) может наступить обострение заболевания, мало чем отличающееся от острой его формы. В то же время гонорея не всегда протекает с таким четким чередованием острой и хронической стадий заболевания. Так, в последнее время участились **случаи малосимптомного или даже бессимптомного течения гонорейной инфекции,** когда с самого начала у больного отсутствуют выраженные *клинические признаки* гонореи.

Такие мужчины не считают себя больными и к врачу, за редким исключением, не обращаются. Продолжая половую жизнь, они становятся *источниками заражения.*

Такое нетипичное течение гонореи объясняется тем, что гонококк быстро приспосабливается к различным условиям своего существования в организме больного и в зависимости от них может изменять свою форму и патогенные (болезнетворные) свойства: способен, например, принять форму шара или осколков разной формы, либо *инкапсулироваться* (заключить себя в капсулу). Широкое увлечение населения антибиотиками, применяемыми при различных внутренних заболеваниях, может способствовать появлению гонококков с измененными свойствами. При этом гонорея не только протекает с маловыраженной симптоматикой, но и весьма плохо поддается лечению, так как гонококк выработал и пониженную чувствительность к лечебным препаратам (как говорят медики, повысил свою резистентность — сопротивляемость). Конечно, диагностика измененных гонококков не легка.

Если при гонорее лечение начато несвоевременно или вообще не начато, то с переходом острого процесса в хро-

нический развиваются и различные осложнения. Одно из наиболее частых — сужение мочеиспускательного канала в результате образования рубцовой ткани внутри его, что значительно затрудняет мочеиспускание. Нередко у мужчин возникают и такие осложнения, как воспаления предстательной железы, яичек и их придатков, семенных пузырьков, сопровождающиеся повышением температуры, отечностью и болезненностью пораженного органа. Такие осложнения развиваются под воздействием различных провоцирующих моментов — простудных заболеваний, употребления алкоголя и др. и могут стать в дальнейшем причиной бесплодия, импотенции.

Осложнения проявляются и в поражении других органов и систем организма, в первую очередь суставов. Возможно развитие сепсиса, поражение конъюнктивы и роговой оболочки глаз, куда гонококк заносится самим больным при несоблюдении гигиенических правил.

У женщин гонорея протекает несколько иначе, чем у мужчин: даже при остром, свежем заражении гонорейный процесс, как правило, лишен тех ярких, демонстративных болезненных проявлений, которые характерны для мужчин в этом периоде заболевания.

Отсутствие субъективных ощущений даже при значительных выделениях из половых органов дезориентирует женщину в отношении причины заболевания, а быстрое исчезновение выделений (самостоятельно или под влиянием местных процедур — подмываний, спринцеваний) и вовсе успокаивает ее. Словом, гонорея у женщин с самого начала чаще протекает вяло, с маловыраженной симптоматикой, естественно переходит в хронический процесс. Больная женщина, продолжая половую жизнь, становится источником заражения многих мужчин, особенно при беспорядочных половых контактах, часто не подозревая у себя тяжкого заразного заболевания.

Самое печальное состоит в том, что даже при гинекологическом осмотре такие *женщины могут быть признаны здоровыми*, и только при специальных лабораторных исследованиях, часто неоднократных, у них могут быть обнаружены гонококки, что и позволяет поставить правильный диагноз.

У женщин при заражении гонококки попадают на слизистую мочеиспускательного канала (уретры) и шейки матки, откуда и начинается воспалительный процесс. По мере распространения возбудителя развивается воспаление слизистой полости матки и маточных труб-яйцеводов. Такое воспаление ведет к частичному или полному заращению просвета труб и, как следствие этого, к внематочной беременности или бесплодию. Гонорея является нередкой причиной воспаления придатков матки, тела ее, тканей, окружающих внутренние половые органы женщины. Распространяясь выше, она может вызвать *перитонит* — острое воспаление брюшины. У женщин при гонорее также могут поражаться суставы и другие органы, развиться сепсис.

Больная гонореей женщина представляет опасность не только для самой себя или для своего полового партнера, но и для ребенка. Прежде всего для новорожденного: при прохождении родовых путей матери, больной гонореей, попавшие на слизистую глаз ребенка гонококки вызывают воспаление, которое в дальнейшем (при несвоевременном лечении или его отсутствии) может закончиться полной слепотой. Во время родов гонококки могут также проникнуть в половые органы новорожденной девочки и вызвать там гонорейный процесс со всеми вытекающими отсюда последствиями. В настоящее время во всех учреждениях родовспоможения нашей страны у новорожденных сразу же после рождения глаза, а у девочек — и половые органы обрабатываются специальным безвредным для ребенка раствором, убивающим гонококки.

Ребенок может заразиться гонореей от родителей, чаще всего от матери, не только во время родов. Если в семье не соблюдаются элементарные правила гигиены (дети спят на постельном белье родителей, для детей не выделены индивидуальные мочалка, полотенце, ночная посуда и т. п.), создается высокий риск заражения гонореей маленьких девочек. Процесс у них протекает, как правило, остро, с обильными гнойными выделениями из половых органов,

с отеком и краснотой последних. Без лечения заболевание может стать хроническим, и тогда изменяется характер выделений, они становятся скудными и прозрачными.

О профилактике гонореи

Напомним, что гонорея — это общее заболевание организма, которое может развиваться как у взрослых, так и у детей. **Самоизлечения при гонорее не наступает, иммунитета эта инфекция не оставляет** и поэтому ею можно заразиться неоднократно в течение жизни. Осложнения, наблюдаемые при гонорее, чаще всего имеют необратимый характер.

Предупреждение распространения гонореи, как и сифилиса, является частью государственной системы мер борьбы с венерическими болезнями в нашей стране. В основе ее (мы уже говорили об этом) лежит диспансерный метод, направленный прежде всего на предупреждение рассеивания этой инфекции среди населения скрытыми носителями ее. В обязательном порядке и неоднократно на гонорею обследуются беременные, женщины с воспалительными заболеваниями мочеполовых органов, работники детских, пищевых и коммунальных предприятий, водители такси и некоторых других видов транспорта, а также лица, ведущие аморально-паразитический образ жизни, и др. Разумеется, как и при сифилисе, при регистрации больного гонореей проводится опрос в отношении источника его заражения, половых и бытовых контактов. Значительно затруднена эта работа среди алкоголиков и пьяниц.

Лечение гонореи тем эффективнее, чем раньше оно начато. При запущенных формах гонореи оно занимает много времени и требует, кроме специфических (то есть гонококков убивающих) препаратов, назначения методов и средств, повышающих общую реактивность организма, а также направленных на лечение осложнений. Но даже такая комбинированная терапия в далеко зашедшем процессе не всегда дает положительный эффект.

Руководствуясь распространенным, но тем не менее ложным *мнением о «легкости» гонореи*, некоторые заболевшие, преимущественно мужчины, *прибегают к самолечению или лечению у неспециалистов*, вне стен специализированного лечебного учреждения. И этим наносят себе большой вред, так как неправильно примененное лечение гонореи **способствует переходу острого процесса в хронический, бессимптомный, с последующим развитием серьезных осложнений.** Кроме того, при этом отсутствует возможность контроля за излеченностью пациента с помощью лабораторных методов исследования. Лечение таких больных (в определенном смысле недолеченных) затем в кожно-венерологическом диспансере (а они, как правило, обращаются туда, но с уже далеко зашедшим процессом и осложнениями) представляет чрезвычайные трудности и не всегда дает эффект.

Только врач-специалист кожно-венерологического медицинского учреждения может выбрать оптимальный вариант лечения индивидуально для каждого больного и **решить вопрос об излеченности его.** И еще. Врач, лечащий больного гонореей, особенно с неустановленным источником заражения, может предупредить развитие сифилиса у пациента, если произошло заражение смешанной инфекцией: гонореей и сифилисом одновременно, что не так уж редко встречается.

Лечение гонореи, как и сифилиса, в нашей стране является строго обязательным! При отказе от добровольного лечения оно проводится в *принудительном порядке.* Злостно уклоняющиеся подлежат *уголовной ответственности.*

О МЯГКОМ ШАНКРЕ И ПАХОВОМ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗЕ

Во многих районах мира отнюдь не редкость и другие венерические болезни. Хотя они и не регистрируются в настоящее время в нашей стране, тем не менее представляется полезным сообщить о них хотя бы краткие сведения.

Отличие мягкого шанкра от сифилиса

Основными районами распространения этого заболевания являются Аф-

рика, Юго-Восточная Азия, Центральная и Южная Америка. В связи с ростом международных контактов мягкий шанкр в последние годы регистрируется и в странах Европы (чаще в портовых городах).

Возбудитель болезни — *стрептобацилла,* очень мелкий микроорганизм. Соприкасаясь концами, микробы эти образуют длинные цепочки, объединяющиеся в плотные пучки. Возбудитель инфекции очень устойчив во внешней среде. Путь заражения исключительно половой, лишь особые условия могут привести к бытовому заражению.

В организм человека стрептобацилла проникает как через видимые, так и невидимые дефекты кожи и слизистых. Так как основной путь заражения — половой, то и первые проявления болезни чаще всего локализуются на половых органах. Лишь *при половых извращениях могут поражаться полость рта, красная кайма губ, анальная область.*

После скрытого периода, который длится в среднем от 2 до 5 дней, на месте внедрения возбудителя появляется язва неправильно округлых очертаний, с как бы подрытыми краями, окруженная красным венчиком. Важно то обстоятельство, что постоянно происходит *отсев дочерних язв,* которые отличаются от материнской степенью своей зрелости. В отличие от шанкра при сифилисе, **язвы эти мягкие в основании,** отсюда и название болезни — *мягкий шанкр.*

Другой отличительной особенностью является **резкая болезненность язвы.** Растет шанкр 2—3 недели, затем острые воспалительные явления стихают, гнойное отделяемое уменьшается, а на месте язвы образуется рубец. Рубцевание язв в последующем может привести к ряду осложнений. Так, у мужчин рубцы эти нарушают эрекцию, у женщин же они могут стать серьезным осложнением в родах. В дальнейшем образование на месте язв *отверстий* приводит к развитию *свищей,* которые соединяют мочеиспускательный канал с мочевым пузырем или прямой кишкой, а у женщин и с влагалищем.

Одновременно с появлением шанкров **в процесс вовлекаются и местные лимфатические узлы.** Они увеличены, отечны и при надавливании резко болезненны. Тяжесть течения болезни во многом зависит от того, насколько своевременно больной обратился к врачу. У мужчин, как правило, заболевание протекает тяжелее и дает больше осложнений.

Особенности «четвертой» венерической болезни

Паховый лимфогранулематоз был выделен в самостоятельное заболевание только в 1913 году, а возбудитель инфекции был открыт в 1930 году (принадлежит к группе *хламидий,* по своим свойствам несколько сходных с вирусами). Заболевание наблюдается главным образом в тропических и субтропических странах, особенно в Юго-Восточной Азии. За последние годы стало увеличиваться число случаев в европейских странах. В Советском Союзе начиная с 50-х годов регистрируются лишь единичные случаи, все они результат завоза из-за рубежа. **Бациллоносительство не исключено.**

Инфицирование происходит в основном *половым путем,* хотя не исключено и *заражение через инфицированную одежду, общую постель, клизменные наконечники и т. д.*

С момента проникновения микроба в организм до первых признаков заболевания обычно проходит 2—4 недели. Первичные проявления заболевания, казалось бы, безобидны: маленький пузырек, который локализуется на наружных половых органах, очень быстро заживает, не оставляя после себя каких-либо изменений. **Это первая стадия болезни.**

Но оказывается, болезнь продолжает свое развитие. Через 5—30 дней после появления пузырька *увеличиваются местные лимфатические узлы;* вскоре воспаление распространяется на окружающую лимфатический узел клетчатку — формируется *бубон.* В период формирования бубона развиваются общие явления: недомогание, повышение температуры, озноб, разбитость, желудочно-кишечные расстройства, боли в суставах. Для этого периода характерно и поражение других органов: развивается воспаление мочевого пузыря — *цистит,*

заболевания глаз, на коже появляется различная *сыпь.*

Если больной не начал своевременного лечения, то болезнь **переходит в свою третью стадию,** когда процесс распространяется на прямую кишку, половые органы. Образуются большие изъязвления, которые заканчиваются рубцеванием, значительно нарушающим функцию органов. Чаще всего такие поражения развиваются у женщин.

О БОЛЕЗНЯХ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Итак, мы рассказали о венерических болезнях. Но приведенный перечень болезней может быть продолжен, если остановиться на *других заболеваниях,* передающихся половым путем.

Встречается, в частности, ряд болезней, проявления которых отличаются от гонореи менее выраженными признаками и большим упорством инфекции при лечении. Речь идет о так называемых **негонорейных уретритах.** Список таких заболеваний насчитывает около 20 наименований. Ежегодно в мире регистрируется до 800 миллионов больных, причем заболевания эти вызываются самыми различными микробами (*хламидии, микоплазмы* и *уреаплазмы, вирусы, дрожжи и др.*).

Скрытый период заболевания обычно исчисляется от 19 до 20—30 дней. Путь заражения — половой. У женщин заболевание с первых дней может протекать скрыто, выявляться только после тщательного лабораторного обследования, но скрытое течение отнюдь не исключает развития грозных осложнений, в первую очередь бесплодия. Изменения, вызываемые одним из частых возбудителей таких заболеваний — хламидией, могут в дальнейшем приводить и к развитию *рака шейки матки.*

Нельзя не остановиться и на довольно распространенном **заболевании мочеполовых органов — трихомониазе.** Раньше считали возбудителя этой инфекции — *трихомонаду* (одноклеточный микроорганизм, простейший из класса *жгутиковых*) безопасным микробом. Бытовало мнение, что трихомониазом заражаются при купании, при мытье в бане. Теперь точно установлено, что эта инфекция *передается при половых сношениях.* Возбудитель далеко не безобиден: помимо поражения влагалища и уретры, он может проникать глубже и вызывать тяжелые поражения матки, придатков, а у мужчин — придатков яичка. Если у женщин инфекция протекает с резко выраженными симптомами, то у мужчин, как правило,— скрыто, не вызывая субъективных ощущений. Обострение процесса наблюдается после приема алкоголя, после бурного полового сношения.

Так же как и при других болезнях, передаваемых половым путем, обследованию на трихомониаз подлежат все половые партнеры.

Наконец, нельзя не сказать и о **«чуме XX века» — СПИДе (синдроме приобретенного иммунного дефицита)** как о болезни, один из основных путей распространения которой — половой. Возбудитель синдрома — *ретровирус,* вызывающий формирование иммунодефицита, когда человек теряет способность бороться с любой, даже самой малой инфекцией. Болезнь протекает очень тяжело и приводит к смертельному исходу. Случаев излечения не наблюдалось.

Говоря о наличии венерических болезней, хотелось бы отметить следующее.

Часто приходится слышать легкомысленно-уверенное мнение о высокой эффективности терапии сифилиса и гонореи (аргумент — *«в современном-то мире!»*), которое нередко служит основой суждения об этих инфекциях как о легких, не стоящих внимания. Отсюда и недооценка всей серьезности этих недугов.

Часто можно услышать: *«Подумаешь! Тоже мне болезнь! Да она легко лечится!»* Все правильно — современная медицина располагает высокоэффективными препаратами для лечения сифилиса и гонореи, но успешным это лечение может быть прежде всего в том случае, если оно начато в ранние сроки заболевания.

Среди дерматовенерологов не случайно бытует афоризм, принадлежащий сифилидологу прошлого века французу Рикору, который говорил, что *хорошо болеть сифилисом, будучи здоровым.*

Вот уже более ста лет афорнзм этот себя оправдывает. Несомненно, леченне больного венерическнм заболеваннем дает эффект, но:

если органнзм его не ослаблен другим тяжелым заболеванием, алкоголизмом, наркоманней, токснкоманией;

еслн соблюдаются разовые н курсовые дозы, достаточные для подавления нифекцни;

еслн нет перерыва в лечении н лечебная концентрацня препарата держится на определенном уровне положеиный срок;

еслн лечеине проводится под лабораторным контролем (методнку лечення и контроля знает лншь врач-специалнст);

еслн во время лечения больной соблюдает иеобходимые правнла поведеиня (не пьет спиртного, воздерживается от половой жизин н др.).

Вот как миого «если», и только соблюдение нх всех гараитирует успех.

КАК БЕЗНРАВСТВЕННОСТЬ ВЕДЕТ К ВЕНЕРИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Нет ничего безиравствеиного в естественном отправленни человеком своих физиологических фуикцнй. Природа создала человека, наделнв его инстинктнвной потребностью есть, пить, спать, защищаться, производнть себе подобиых. Половые контакты — естествениая потребиость людей, ио сексуальное поведеиие не случайио регулируется иормамн морали в обществе. Правда, вопросов в этой области появляется больше, чем готовых ответов. Возиикает н такой вопрос: как отиоснться к факту заражеиня болезнью, передающейся половым путем?

Действительио, безиравствеиен лн человек, заразившнйся таким путем венерической болезиью? Сама по себе проблема не иова. Одиако все еще мало нзвестен шнрокой публике «позорный», как считает большинство людей, характер венернческих заболеваинй (когда-то онн так н назывались — «стыдиые болезнн»). Да, об этом почти ие пншут, сохраияя врачебную тайну, не афншнруют горький опыт больиых, к тому же в противовеиерической печатной пропаганде часто отсутствует столь необходнмый элемент откровенностн.

О чем говорит опыт венерологов?

Мы в стацноиаре для больиых венерическимн болезнями одного из кожно-венерологическнх днспансеров. Больннца как больннца н больные в ией, как во всех других, внешне вполне добропорядочиые.

Сегодня в палате иовнчок. Врач прнглашает его для беседы в орднна-торскую. Ему 37 лет, жеиат, имеет дочь 5 лет. Экономнст. Знмой возвращался нз далекой команднровки поездом, где в ресторане позиакомнлся с приятиой молодой женщиной, ехавшей к родствеиинкам. Выпнли шампанского «за знакомство». Затем оно продолжнлось в купе, где благодаря все тому же шампанскому создалась непрниуждеиная обстановка. Произошла нитнмная близость. При расставанни Елеиа (так назвала себя спутница) оставнла телефои. Через иесколько дней он позвоннл по этому телефоиу. Оказалось, что это магазин. Фамнлии спутиицы ие зиает.

Через иекоторое время заметил у себя иа половых органах очеиь поверхиостиую «язвочку», ио не обратил особого винмання, так как оиа не болела н скоро исчезла. Летом жеиа заметила у иего на коже какую-то сыпь и иастояла иа обращенни к врачу. Диагиоз был поставлеи быстро н точио: снфилнс вторичный рецидивный, то есть уже достаточио далеко зашедшая заразиая форма заболеваиня.

Как н полагается в такнх случаях, былн обследоваиы его жена и дочь. У жены обиаружеи сифилис. У дочери проявлений этого заболевання ие было, однако ей провели предупредительиое леченне, учнтывая тесный коитакт ее с роднтелямн. Жене было назначено полагающееся прн обнаруженной у нее стадни сифнлиса лечеине в том же стацноиаре. К сожалеиию, жеищнна, от которой пронзошло зараженне, так и ие была найдеиа.

В женской палате той же больннцы лечнлась мнловндная молодая жеищнна с заплакаиным лнцом, держащаяся неувереино и как-то стыдлнво. Разговорилась ие сразу. Долго молчала, пытаясь сдержать слезы. Ей 28 лет, профессия — повар, замужем, двое детей (годовалый н двух лет). Муж старше

ее на два года, по специальиости он сантехник. Жеиаты 7 лет. Поначалу было все хорошо. Любили друг друга, жили в согласии. Муж старался подработать иа семейиые иужды, считая, что его заработной платы иедостаточио, тем более что жеиа в течение 2 лет не работала — родился первый ребеиок. Работа такая находилась у иовоселов, у соседей по подъезду, по дому, у зиакомых. Нередко при этом, сверх платы, подносили «стаканчик». Сначала неудобио было отказываться («не хотел обижать»), потом привык и выпивал с удовольствием, а нередко распивал с особо «добрым» хозяином и целую бутылку водки.

На упреки жены отшучивался, был увереи, что не сопьется. Потом характер его стал меияться — появилась грубость. По малейшему поводу срывался иа крик, старался меньше оставаться в семье, водку начал приносить домой и пить за обедом, ужииом. Появились друзья, которые в дом заходили редко, чаще вызывали его на лестничиую площадку, в соседний подъезд.

Надеясь, что это может помочь удержать мужа, супруга решилась родить второго ребенка. Не помогло. Муж опускался все ниже. Часто уходил из дому, возвращался поздно пьяиым или где-то пропадал всю иочь. На просьбы жены обратиться к врачу и начать лечеиие отвечал решительиым отказом, ие считая себя алкоголиком. Начались иеприятиости иа работе, перешел иа другую, меиее оплачиваемую должиость. Жена связи его с другими жеищинами ие замечала, где и с кем ои проводил иочи, если ие возвращался домой, ие знает.

На очередиом профилактическом обследоваиии (а их регуляриo проходят все работиики общественного питаиия) у иее были обиаружеиы положительные реакции крови иа сифилис. Дальиейшее комплексное обследоваиие и тщательиый осмотр кожиых покровов и слизистых оболочек половых оргаиов выявили призиаки активного сифилиса — первичиой его стадии. У мужа, привлечениого к обследоваиию, был поставлеи диагиоз сифилиса вторичиого свежего. Оба были госпитализироваиы, причем жеиа — вместе с детьми, которым проводилось предупредительиое лечение. Оба супруга получали необходимое лечение.

Накаиуие выписки из больиицы жеиа находилась в тяжелом раздумье — как жить дальше, разводиться с мужем или нет, ведь двое детей! Сумеет ли он побороть это тягостное влечеиие к спиртиому или иет? Оиа ие могла иайти ответа на эти вопросы, как не смогли разрешить их и мы.

Примечательно, что благодаря кропотливой и нелегкой работе врачей и другого медицииского персонала диспансера к обследованию были привлечены (некоторые прииудительно, с помощью работников милиции) все члеиы той компании, в которой вращался муж этой больиой, исчезая по ночам из дому. Пятеро из этих лиц (трое мужчин и две женщины) оказались больными сифилисом. Так, в одну из очередных своих ночиых отлучек, будучи пьяиым, заразился сифилисом наш пациент от одной из этих женщии.

В системе кожно-венерологических учреждений есть так называемые закрытые стационары — это больиицы, в которых обследуются на венерические болезии или лечатся по поводу их лица, ие желающие обследоваться или лечиться в добровольном порядке. Попадают оии туда, чаще сопровождаемые работником милиции. Перелистаем истории болезией.

Больная Вера Н., 21 год. Не работает, не учится. Росла в семье, из которой, когда Вере было 10 лет, ушел отец. Когда же девочке исполиилось 16 лет, мать вторично вышла замуж. Отиошеиия с отчимом у Веры ие сложились. Дочь перестала слушать мать, часто вечерами уходила со сверстииками — сиачала иа улицу, в подъезды, затем стали собираться компаиии иа квартире у кого-нибудь из приятелей, преимущественио у тех, у кого в этот деиь не было дома родителей, а также за городом — иа дачах. Встречи поиачалу сопровождались лишь громкой музыкой, пока одиажды кто-то не прииес шампанское. Это понравилось и... прижилось. Затем в ход пошли вйна, водка, иногда коньяк, появились и иаливки домашнего приготовлеиия.

Постепеиио в общей компаиии иаметились пары, каждая из которых про-

водила время и вне компании, нередко в ресторанах, кафе, дискотеках, уединяясь после этого на квартире (у себя, у знакомых), предаваясь любовным утехам под винными парами. Между тем школу Вера закончила вполне благополучно. В институт поступать не стала — работала то секретарем, то курьером. Устраивалась на работу, но ненадолго.

После очередного скандала с родителями и со «своим парнем» решила уехать из города. В ресторане аэропорта познакомилась с мужчиной много старше себя, который оплатил счет, а заодно и билет на перелет самолетом в другой город. С небольшими вариациями эта история повторялась неоднократно. И каждый раз расплачивалась Вера с «благодетелями» только тем, что лишь и имела — собой.

Родители обращались в милицию, объявлялся розыск блудной дочери, ее находили и возвращали в семью, откуда она вновь и вновь исчезала. Задерживали Веру нередко в таких компаниях, что появлялась срочная необходимость обследовать ее в кожно-венерологическом учреждении, куда она принудительно доставлялась. В первый раз у нее была диагностирована гонорея. Ее вылечили, но провести необходимого наблюдения после лечения не смогли: из больницы обычного типа Вера сбежала. В другой раз при задержании ее поместили уже в закрытый стационар, где ей был поставлен диагноз сифилиса вторичного рецидивного, где мы и познакомились с ней.

Теперь о ее нравственном облике. Тонкая, гибкая, с прекрасными синими глазами и густой русой косой до пояса. Понятно, почему так легко находились у нее покровители — и молодые, и постарше, последние чаще. Что же сама Вера? Как она оценивала все это? А... никак. Все это «не волновало» (часто стало бытовать у нас это выражение). Была ли в ее жизни любовь? Да, была, подумав, сказала Вера,— к тому первому «парню». Но уступила она ему все-таки не из любви, а из протеста против родителей, которые, как ей казалось, ущемляли ее «свободу», из любопытства, из самоутверждения, наконец, просто из желания осмелиться переступить эту черту.

А смелость придал алкоголь. Теперь, и уже давно, никакого влечения к лицам противоположного пола Вера не чувствует — просто надо же чем-то платить за временное содержание. Цинично? По нормальным меркам — да. Но как было жаль эту молодую, опустошенную жизнь.

Вот только три судьбы из достаточно обширной практики венеролога. Ни одну из них благополучной не назовешь, и каждая из них неблагополучна по-своему. Но есть одно, что их объединяет,— все начиналось с алкоголя!

Венерология о пьянстве

Заражение венерической болезнью очень часто связывают с алкоголем. В разных концах страны ученые-венерологи наблюдают одну и ту же закономерность заражаемости этими инфекциями под влиянием алкогольного опьянения: от 40 % до 87 % больных заразились, будучи в подпитии. Относится это как к больным сифилисом, так и гонореей.

Но почему столь значителен размах показателей? Во-первых, данные эти относятся к разным случаям: контингенты таких больных разнородны. Среди них есть люди и с обычными социально-психологическими характеристиками, и с отклоняющимся поведением — социально неадаптированные лица (как их называют дерматовенерологи): бродяги, тунеядцы, лица без определенных занятий и не имеющие постоянного места жительства, то есть все те, которые и составляют основной контингент больных закрытых стационаров. Именно среди них, как выясняется, большое число заразившихся в состоянии алкогольного опьянения.

Во-вторых, не всегда сами больные ставят факт своего заражения в зависимость от алкоголя, считая, что доза его была слишком мала, чтобы стоило говорить об опьянении. Исследователи, которые специально расспрашивали больных об этой стороне вопроса и фиксировали употребление даже небольших доз спиртного в момент заражения, сообщают, что только 12 % больных сифилисом не принимали алкогольных напитков.

Поэтому можно с уверенностью гово-

рить, что с употреблением и злоупотреблением спиртных напитков связано не менее 85—88 % всех случаев заражения венерическими болезнями, что подавляющее их число произошло в состоянии опьянения и половым путем. *Это еще раз подтверждает необоснованность широко распространенного мнения о большой возможности приобретения венерического заболевания бытовым путем.*

Проводя различные социологические исследования с помощью анкетирования, часто приходится сталкиваться с такими ответами на вопрос: «Что вы знаете о путях заражения сифилисом (гонореей)?»: заражение происходит через общую посуду (попил воду из общего стакана), через губную помаду, при пользовании личными предметами обихода, при докуривании папиросы после друга, при поцелуях и т. п. Отвечающие на анкету таким образом составляют значительную величину — от 22 до 77 % опрашиваемых, хотя многие из них, безусловно, знают о половом пути передачи инфекции. Но они не ставят его на первое место. Не отвергая такой возможности (имеющей скорее теоретическое значение), вернемся к вопросу о роли пьянства в распространении инфекции, передающейся преимущественно половым путем в результате половых контактов человека.

А что говорит по этому поводу вездесущая статистика? Центральный научно-исследовательский кожно-венерологический институт Министерства здравоохранения СССР обобщил большой материал о больных сифилисом разных городов страны. Оказалось, что выраженным хроническим алкоголизмом (в третьей стадии) страдают только от 2 до 7,5 % больных сифилисом или, раздельно по полу, 3,3 % женщин и 9 % мужчин. 37 % больных находились в первой и второй стадиях алкоголизма, а 46 % употребляли алкоголь еженедельно, как многие из них считают,— «эпизодически».

В силу недостаточности знаний мало кто связывает в одно целое эти две стороны проблемы: пьянство и алкоголизм, с одной стороны, и венерические болезни, с другой. А между тем они закономерно связаны причинно-следственными отношениями. Злоупотребление алкоголем является одним из самых активных и весомых факторов риска в развитии и распространении венерических инфекций (именно инфекций, ибо венерические болезни — это заболевания инфекционные).

Сейчас каждый читающий газеты и журналы, слушающий радио, смотрящий по вечерам телевизионные передачи, посещающий лекции и беседы (если, конечно, читает, слушает, смотрит, посещает) с полным правом считает себя осведомленным в вопросах значения алкоголя как фактора, разрушающего общественное и индивидуальное здоровье человека.

Как мы знаем, издержки нравственного разложения личности под влиянием алкоголя глубоко затрагивает самого пьющего, его семью и детей, многих других лиц, близких ему. Алкоголик в состоянии прогрессирующей деградации, в безудержном стремлении добыть деньги на выпивку приносит в жертву этому желанию своих родных и друзей, свой авторитет, положение в обществе, профессиональные интересы, совершая антисоциальные поступки, готов на грабеж и разбой. Пьянство снижает нравственный уровень не только самого пьющего, но оказывает тлетворное влияние и на других лиц, связанных с ним деловыми отношениями. Все это наносит моральный ущерб всему обществу в целом.

И все-таки при всем обилии научной и научно-популярной литературы о медицинских аспектах пьянства и алкоголизма оставалась как бы закрытой для широкой публики часть их, словно было наложено своеобразное табу или заключено молчаливое соглашение «держать и не пущать» тему половой распущенности в массовую печать. А между тем отрицательное ее значение не так уж мало, а если сказать точнее, существует целая самостоятельная проблема взаимосвязи пьянства (алкоголизма) и венерических болезней. Только с 1987 года обсуждение ее нашло свое отражение на страницах ведущих газет и журналов.

Пьянство и разврат

Половые расстройства у пьяниц и алкоголиков — вопрос, достаточно под-

робно освещаемый в научно-популярной и специальной литературе. Обращаясь к ней, можно найти утверждения и факты, развенчивающие мнение об усилении сексуального влечения под влиянием алкоголя. Широко известно, что лишь в начальной стадии употребления спиртных напитков половая активность повышается, да и то это происходит лишь в результате психической расторможенности под влиянием алкоголя.

Доказано, что при систематическом употреблении спиртных напитков половая потенция мужчин, так же как и половое влечение у женщин, снижается. А в поисках восстановления былых сексуальных способностей такие лица ищут спасение во множественных половых связях. И хотя брак до какой-то степени является сдерживающим фактором (разведенные мужчины в 1,5 раза чаще злоупотребляют алкоголем по сравнению с женатыми), однако и супружеские узы не ограничивают в таких случаях поиск половых связей на стороне.

Постепенно бездуховность, невоздержанность, потеря самокритики и самоконтроля, желание «победить» наступающую импотенцию, стремление к половому удовлетворению приводят к многочисленным половым контактам с незнакомыми, малознакомыми партнерами в самых неподходящих для интимной жизни местах, как правило, в состоянии опьянения (в подъездах, парках).

Для женщин последствия раннего начала половой жизни в сочетании с употреблением спиртного особенно пагубны: исчезает чувство полового влечения, не получая удовлетворения от полового акта, нередко молодая женщина становится равнодушной и бездушной партнершей многих мужчин, опускаясь до разврата.

По данным многих авторов, снижение половой функции наблюдается более чем у 30 % злоупотребляющих спиртными напитками и у всех больных хроническим алкоголизмом. Это особенно тяжело переживают мужчины, у которых в связи со снижением половой потенции развиваются различные функциональные нарушения центральной нервной системы — неврозы, угнетенное состояние духа, так называемые «реактивные депрессии» и т. п.

В такой ситуации нередко стремление к половым извращениям, разврату, который крепкими узами связан не только с возможностью заражения и массового распространения венерических болезней, но и с сексуальными преступлениями. Психиатры отмечали, что 13,8 % правонарушений в состоянии опьянения носили сексуальный характер, при этом 8 % всех правонарушений приходится на лиц, которые совершали сексуальные действия извращенного (перверзного) характера.

Все это закономерно. Ведь доказано, что воздействие алкоголя непосредственно на центральную нервную систему человека в целом, особенно при систематическом пьянстве, приводит к угасанию влечений, в том числе сексуальных, или к извращению их. Известно, что структурные (анатомические) изменения половых желез человека, с одной стороны, и нарушения деятельности центральной нервной системы, с другой, влекут за собой понижение половой потенции и, следовательно, половой активности. Процесс этот тем глубже, чем больше «стаж» употребления спиртного.

И вот это обстоятельство приближает нас вплотную к проблеме пьянства и венерических заболеваний. Для передачи болезней, передающихся половым путем, необходима более или менее сохранная способность к половой жизни — нормально функционирующий половой аппарат.

В этой связи следует подчеркнуть значение именно бытового пьянства и первых стадий алкоголизма как факторов, способствующих заражению венерическими инфекциями. Ведь в последней, третьей стадии хронического алкоголизма, такой фактор почти не имеет значения, потому что у большинства больных хроническим алкоголизмом развивается импотенция, и ими владеет лишь одна страсть — неодолимое влечение к спиртному.

Дело в том, что в далеко зашедшей стадии хронического алкоголизма изменения половой сферы в структурном и функциональном отношении так глубоки, что возможность реализации половых влечений приближается к нулю, а следовательно, и возможность зара-

зиться венерической болезнью соответственно снижается. Поэтому в распространении венерических болезней особое значение имеет не столько хронический алкоголизм в запущенной, третьей стадии, сколько ранние формы бытового пьянства и начальный период развивающегося алкоголизма. В этот период степень нарушения половой потенции выражена не столь глубоко, чтобы сделать половую жизнь невозможной, а снижение критической оценки поведения и стремление любой ценой получить сексуальное удовлетворение способствуют неразборчивости в выборе партнеров.

Впрочем, у пьяниц и алкоголиков возможность заразиться венерическими болезнями сохраняется на протяжении достаточно продолжительного отрезка времени. По данным многочисленных исследований, начало заболевания хроническим алкоголизмом обычно наступает где-то на третьем десятилетии жизни. Первая стадия этого заболевания продолжается от 1 года примерно до 6 лет и характеризуется психическим влечением к алкоголю, когда количество употребляемого зелья постепенно увеличивается, а опьянение становится единственным состоянием, в котором больной (уже алкоголик!) испытывает чувство удовлетворения. Большинство других ситуаций постепенно утрачивает для него свою ценность, и в этой стадии хронического алкоголизма человек еще может отказаться от употребления спиртного как по собственному решению, так и под давлением окружающих.

КАК РАЗОМКНУТЬ ПОРОЧНЫЙ КРУГ?

Итак, бытовое пьянство и начальные стадии хронического алкоголизма — вот почти обязательное условие заражения сифилисом и гонореей. При этом, как свидетельствуют истории болезней, к этому ведет не только систематическое пьянство, но и, казалось бы, безобидный кутеж.

Жертвы собственных пороков

Больной С., 42 лет, инженер, холост. Алкоголь употребляет не часто. С друзьями отметил праздник. Возвращаясь навеселе домой, на улице встретил женщину, которая попросила прикурить. Женщина тоже была в состоянии легкого алкогольного опьянения. Там же, фактически на улице, произошло и половое сношение. Впоследствии больной вспоминал, что осознал случившееся только дома, но серьезного значения этому не придал. Через три недели заметил какую-то язвочку в области наружного отверстия уретры. Пытался лечиться самостоятельно: ванночки с раствором марганцовокислого калия, паста Лассара — эффекта от лечения не было. Обратился к врачу кожно-венерологического диспансера, который и диагностировал у больного сифилис. Пациент был направлен в стационар в состоянии тяжелого нервного расстройства: потерял сон, тяжело переживал случившееся. Происшедшее осложнилось еще и тем, что после случайной половой связи он был в близких отношениях с любимой женщиной, с которой в ближайшее время собирался зарегистрировать брак. Узнав о заболевании своего жениха, женщина отказалась продолжать с ним какие-либо отношения. Все это сильно надломило психику больного.

Даже после успешного окончания лечения его не оставляли мысли о возможных осложнениях заболевания. Все разъяснения врача о том, что болезнь полностью излечена, приносили малоутешительные результаты.

Хотя через пять лет (а время излечивает многое!) больной женился и у него родился сын, до сих пор любое свое заболевание он связывает с перенесенным сифилисом, пытаясь «найти» и у сына признаки врожденного сифилиса. Спасшийся благодаря вовремя начатому лечению, он и теперь не может избавиться от страха перед последствиями.

Легкость заражения в хмельном состоянии объясняется очень просто. Потерявшие контроль за своим поведением, сексуально расторможенные под влиянием алкоголя, в особенности нравственно опускающиеся личности, не затрудняют себя выбором половых партнеров. Среди них поэтому оказываются лица малознакомые или вовсе не знакомые, а беспорядочные половые связи

при этом осуществляются зачастую с такими же пьяницами или алкоголиками, в безобразной обстановке — на улице, в скверах, подъездах, тамбурах вагонов и т. п. Разумеется, заражаются и будучи в комфортных условиях, но так или иначе теряя человеческий облик, в пьяном угаре, редко помня потом подробности. Что уж говорить о сборищах тунеядцев, бродяг, алкоголиков, организующих настоящие притоны пьянства, алкоголизма и разврата — такие квартиры не случайно привлекают внимание органов милиции.

Беспорядочные половые связи с малознакомыми или совсем незнакомыми лицами в состоянии алкогольного опьянения имели 87 % больных сифилисом в Азербайджане, 65,7 % — в Рязани, более 80 % — в Тюмени. В Смоленской области (по данным за последние 12 лет) от лиц без определенного места жительства и работы, злоупотребляющих алкоголем, заразились 38 % заболевших сифилисом. В других регионах страны — 32—66 %. Отмечено при этом, что до 80 % заболевших сифилисом не получали удовлетворения от сексуальных связей и были склонны к частой смене половых партнеров. От 12,8 до 25,4 % больных неоднократно попадали в медицинские вытрезвители.

Не составляют исключения и больные гонореей из числа пьяниц и алкоголиков: 59 % заболевших мужчин и 45,5 % женщин заразились от случайных лиц. И хотя география случаев разная, данные этой печальной статистики одинаковые и, следовательно, закономерные.

Да не подумают читатели, что лиц асоциального поведения так уж много среди нашего населения. Но ведь и венерические болезни — удел не многих людей. Так и хочется сказать, что надо очень постараться, чтобы заболеть сифилисом или гонореей. Не каждый способен на это!

Вот еще один случай. Больной Х., 31 год, шофер, холост. Алкоголь употребляет регулярно в большом количестве и давно. Лицо одутловатое, отечное, выражено дрожание рук. Трижды болел гонореей. Вступает в половые связи с незнакомыми и малознакомыми лицами, в выборе которых не разборчив. Считает, что заразился от женщины, которую подвез от Казанского вокзала. Помнит, как в дороге она сказала, что в Москве не проживает и назвала себя «Валей». Денег у женщины не оказалось, предложила «расплатиться» здесь же, в машине.

Через 5 дней после полового сношения появились рези при мочеиспускании. Так как дважды болел гонореей, то сразу же обратился к врачу. Лечился по поводу гонореи. При очередном взятии крови на сифилис были получены положительные результаты серологических реакций. Больной госпитализирован. Выяснилось, что он заразился сифилисом и гонореей одновременно, но так как гонорея проявляется раньше, то лечение было начато по поводу гонореи, а это удлинило скрытый период сифилиса. Поэтому лишь положительные серологические реакции — проявления в крови указали на одновременное заражение, внешних признаков еще не было.

В один из кожно-венерологических диспансеров столицы обратились несколько человек, у которых была диагностирована гонорея. Местом заражения все они назвали одну и ту же квартиру поблизости от этого диспансера. Вскоре на обследование была доставлена женщина 30 лет, продавщица овощного магазина,— выявленный источник их заражения. Жила она постоянно в Московской области, а московская квартира использовалась ею для интимных встреч. Хозяин квартиры — мужчина 26 лет, не работает. О наличии квартиры работники кожно-венерологического диспансера сообщили в районное отделение милиции. Вскоре были доставлены на обследование в кожно-венерологический диспансер и остальные посетители этой квартиры: среди них были также обнаружены больные гонореей.

Среди случайно заболевших попадаются и лица с высоким интеллектуальным и профессиональным уровнем, социальным положением, тем не менее не отличающиеся особой нравственностью поведения.

Больной А., 43 лет, инженер. Алкоголь употребляет умеренно. Возвращался из аэропорта Быково. В электричке познакомился с женщиной, которая представилась жительницей Воронежа.

Вышли иа полустаике, зашли в лес, выпили. Через 2,5 месяца ои поступил в больиицу с воспалеиием легких. Но при взятии крови иа сифилис (это делается во всех больиицах) были обнаружеиы положительные результаты. Так случайио был выявлеи скрытый сифилис.

Заражаемость веиерическими болезиями в состояиии алкогольиого опьяиеиия у иас в страие возрастала с распростраиеиием алкоголизма и пьяиства. В 1979 году, по даиным Цеитральиого кожио-веиерологического ииститута, заразились в состояиии подпития 56,1 % заболевших сифилисом, а в 1983 году таких больиых было уже 75 %. Каждый четвертый больиой сифилисом из числа злоупотребляющих алкоголем иеодиократио попадал в медициискии вытрезвитель. А среди лиц, попадающих туда, веиерические болезии регистрируются в 4—5 раза чаще, чем среди других групп иаселеиия.

Вот почему прииятые в соответствии с постаиовлеиием ЦК КПСС 1985 года меры по пресечеиию пьяиства и алкоголизма иесомиеиио важиы и для предупреждеиия распростраиеиия веиерических болезией. Заражеиие от иезиакомых, случайиых лиц опасио ие только для самого потерпевшего, ио и чревато массироваииым распростраиеиием иифекции заболевшим, ие подозревающим у себя веиерического заболеваиия. С умеиьшеиием числа лиц, оказывающихся в состояиии алкогольиого опьяиеиия, иадо думать, сокращается и коитиигеит подвержеииых заражеиию веиерическими заболеваииями.

Трудности выявлеиия источников

И иепосвящеииому ясио, что если врач поставил диагиоз веиерического заболеваиия, то прямой долг его выясиить, от кого заразился даииый больиой и кому, в свою очередь, успел ои передать иифекцию. На языке веиерологов это иазывается «выявить источиик заражеиия и коитакты больиого». Речь идет о проведеиии эпидемиологического расследоваиия даииого очага заболеваиия, чтобы обезопасить других людей от коитактов с больиыми.

Вопрос ставится, что иазывается, ребром: от кого заразился больиой и где произошло заражеиие? Для человека, заразившегося в состояиии опьяиеиия от иезиакомого лица, характериы тумаииые ответы типа «ие помию», «ие зиаю». В лучшем случае ои иазывает имя того (или той), от которого, как ои предполагает, произошло заражеиие, и может дать отрывочиые скудиые сведения о виешией характеристике этого лица или ориеитировочиые, весьма приблизительиые даииые о месте, где происходил половой коитакт (райои города, улица, квартира). С помощью оргаиов милиции медикам удается отыскать источиик, однако поиски ие всегда эффективиы.

Как правило, выявить источиик заражеиия пьяиицы или алкоголика, заболевшего веиерическим заболеванием, удается очеиь редко — примерио у одиого из 3—4 больиых. У остальиых источиики заражеиия обычио остаются ие выявлеииыми и продолжают активио распростраиять сифилис и гоиорею среди иаселеиия. Иифекция в таком случае беспрепятствеиио передается от одиого лица другому, а от иего — следующему и т. д.

Образуется эпидемиологическая «цепочка» — иезамыкающийся круг, в который попадают и те, кто словио «ищет» заболеваиие (как ииаче иазовешь того, кто так иеразборчив в половых связях!), и те, кто оказывается в этом круге ие по своей воле, например жеиы и дети алкоголиков. Но когда удается проследить все звеиья этой цепи (скажем прямо, это труд титаиический), оказывается, что вольио или невольио в круг втяиуты до 50—60 лиц. Это источиики заражеиия, лица, бывшие в коитакте с больиыми.

Ликвидировать такой очаг, да еще в достаточио короткие сроки — дело ие всегда легко выполиимое, зиачительиая часть коитактов и источииков остаются иераскрытыми. Миогие очаги имеют большую протяжеииость во времеии (от появлеиия первого больиого до полиой ликвидации очага проходит до двух-трех лет). До 50—60 % лиц, вовлечеииых в такой очаг, стаиовятся больиыми веиерическими болезиями, а в 25—30 % случаев приходится проводить профилактическое, предупредительиое лечеиие.

Вот что кроется за короткими слова-

ми в истории болезни: «заражение произошло от незнакомого лица в состоянии опьянения». Широкое распространение пьянства и алкоголизма среди больных сифилисом и гонореей таит в себе еще одну угрозу — гомосексуальный путь передачи инфекции. По самым скромным подсчетам, от 5 до 12 % заболевших венерическими болезнями, из числа злоупотребляющих алкоголем, были заражены гомосексуальным путем. До 9 % больных сифилисом женщин (пациентов закрытых стационаров) занимались различными половыми извращениями. А как уже говорилось, по единодушному мнению патосексологов, в развитии половых извращений большую роль играют пьянство и алкоголизм.

Раскрывать очаги заболевания, обязанные своим возникновением гомосексуальному пути заражения, совсем непросто. Как правило, знающие своих партнеров, а следовательно и источник заражения, гомосексуалисты тщательно скрывают его, боясь наказания (**в нашей стране гомосексуализм наказуем**). Очаги эти представляют большую опасность распространения венерических болезней, нередко наблюдаются обусловленные такими очагами крупные неожиданные для медиков вспышки заболеваемости венерическими болезнями. Требуется много усилий, высокая квалификация и опытность врачебного персонала при раскрытии таких очагов. Приходится прибегать к специальной экспертизе, привлекать к этой работе психиатра.

Трудность состоит еще и в том, что нередко гомосексуализм сочетается с естественным отправлением половых функций при контактах гомосексуалистов с лицами другого пола (гетеросексуализм). Так, в 1984 году в связи со вспышкой заболеваемости гонореей в одном из областных городов был выявлен очаг гомосексуализма. Группа гомосексуалистов включала в себя 36 человек, 9 из которых в возрасте от 20 до 40 и старше лет были больны ею. Из них холостых было — 4, женатых — 2, разведенных — 3. Трое были ранее судимы (по статье 121).

В том же году, в другом городе был ликвидирован очаг сифилиса среди гомосексуалистов: среди обследованных выявлено 22 больных сифилисом. И все такие контакты происходили на фоне алкоголизации. Но вернемся к случайным связям больных.

Кто же эти «неизвестные» лица, которые, несмотря на столь тесный (теснее не бывает) контакт с ними, не остаются в памяти алкоголиков и пьяниц, заразившихся от них венерическими болезнями? Это в основном лица, не имеющие постоянного места жительства, тунеядцы, не занимающиеся трудом, самых низких профессиональных квалификаций, часто меняющие места своей работы. Все они, без исключения, злоупотребляют алкоголем, а многие из них — алкоголики. Заразившись и неоднократно становясь источниками заражения для других, как правило, подобных себе, они раньше или позже всетаки попадают в поле зрения медиков, поступают на лечение в венерологические стационары.

Беда, однако, в том, что не сами обращаются они к помощи медицины, ибо нравственный их облик и элементарные навыки гигиены столь низки, что вопрос о необходимости заботиться о собственном здоровье перед ними просто не стоит (в том «вкуса они не находят»), а здоровье половых партнеров их не тревожит. Потому что понятия нравственности — долг, честь, забота, привязанность, любовь — для них давно умерли под воздействием алкоголя.

Даже за привычным обращением: «Ты меня уважаешь? Я тебя уважаю!» у алкоголика нет ничего, что хотя бы напоминало уважение, а есть лишь навязчивое желание побудить партнера к совместной выпивке. Сведения, собранные в разных уголках страны, показывают одно и то же: среди заболевших сифилисом и гонореей лица без определенного местожительства и занятий, бродяги, тунеядцы составляли от 24,1 до 39,1 %.

Но ведь не 100 %, скажет читатель? Да. Но... среди больных, не сумевших назвать свой источник заражения («не знали», «не помнили»), их было в 2,5 раза больше, чем среди указавших его.

Не названные источники заражения — страшный бич, угрожающий здоровью населения. Оставаясь более или менее

длительное время нераскрытыми и отнюдь не воздерживаясь от половой жизни, лица также успевают заразить сифилисом или гонореей (или тем и другим вместе) еще в среднем 2—4 человека, прежде чем попадают в венерологическое лечебное учреждение. Пребывая все это время в заразной стадии заболевания, с обильными клиническими проявлениями, «нафаршированные» возбудителями венерических болезней, они представляют собой огромную эпидемиологическую опасность.

Так как же все-таки они невольно попадают в лечебное учреждение? Как выявляются? Чаще всего при профилактических обследованиях лиц, задерживаемых в учреждениях органов внутренних дел,— в приемниках-распределителях, изоляторах временного содержания, медицинских вытрезвителях и др. Выявляются они и среди больных стационаров общего профиля — хирургических, терапевтических, психоневрологических и др., куда они, бывает, попадают. Их обнаруживают и при очередном поступлении на работу в учреждение или на предприятие (сотрудники которых подлежат профилактическим осмотрам и обследованиям) или среди пациентов наркологических диспансеров. Наконец, они могут быть просто доставлены в кожно-венерологическое учреждение из квартиры-притона, где их задержала милиция.

Учитывая негативные социальные характеристики таких больных, их помещают в венерологический стационар закрытого типа для принудительного лечения, где они и содержатся до окончания терапии.

ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ЛЕЧЕНИЯ ВЕНЕРИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ У ПЬЯНИЦ И АЛКОГОЛИКОВ

Терапия венерических больных из числа пьяниц и алкоголиков представляет большие трудности. Ведь приходится лечить не только венерическое заболевание, но и алкоголизм, тем более что поступают такие пациенты часто в состоянии абстиненции, со всеми особенностями поведения и психического состояния при этом.

Алкоголь разрушает организм человека. Сифилис и гонорея тоже, как видим, вносят свою лепту в этот процесс. Инфекции, передающиеся половым путем, поражают между тем не только половые органы — страдают многие другие системы и органы человека. Алкоголь и венерические инфекции снижают естественный иммунитет организма, т. е. способность его защищаться. Такая двойная нагрузка на организм проявляется у больных сифилисом и гонореей в более тяжелом течении венерического заболевания, в меньших успехах его лечения.

Атипичные проявления и злокачественное течение болезни

Больная Н., 27 лет, не работает. Поступила в стационар с диагнозом «сифилис вторичный рецидивный, хронический алкоголизм». Высыпания покрывают кожу половых органов, ладоней, подошв, волосистой части головы, слизистую полости рта, очень обильные, со склонностью к пышным разрастаниям. Больная поступила в состоянии абстиненции. Источник заражения и половые контакты назвать не может, так как половые связи имела в пьяном состоянии, в случайных местах. В стационаре начато массивное лечение. Но, несмотря на проводимое лечение, высыпания через месяц не разрешились, тенденция к их регрессу наметилась только по окончании второго месяца (у больных, не злоупотребляющих алкоголем, подобные изменения разрешаются к 24 дню после начала лечения).

Больной Т., 28 лет, ювелир. Поступил в стационар с диагнозом «сифилис вторичный рецидивный, хронический алкоголизм». Получил полноценное лечение. Наружные проявления сифилиса исчезли к 35 дню, серологические реакции крови были положительные. Через год после начала лечения кровь остается положительной. При очередном взятии крови (в конце первого года контроля) вновь получены положительные реакции. Рецидив положительных серологических реакций у больного произошел потому, что он продолжал употреблять алкоголь, срывал лечение, не приходил на очередные инъекции. На вызовы кожно-венерологического диспансера для очередного контрольного исследования не отвечает. Вызов больного продолжается через органы милиции.

Больная К., 44 года, работает уборщнцей в магазине. Алкоголь употребляет в большом колнчестве, ежедневно. Прн поступлеини днагностнроваи вторичый рецнднвиый сифнлнс, хроннческий алкоголизм. Начато спецнфнческое лечеине, которое больная закончила в условиях стацнонара. Кровь стала отрнцательной после окончання лечеиня н оставалась отрнцательной в теченне почтн года коитрольного наблюдеиия.

В конце первого года коитроля у больной вновь получены положительные серологнческие реакцнн, то есть заболевание не нсчезло, несмотря на лечеиие. Рецидив положительных серологнческих реакций у больной пронзошел потому, что она продолжала употреблять алкоголь во время лечення, дважды уходнла из стацноиара, срывала леченне, а после выпнскн, во время контрольного наблюдення, продолжала употреблять алкоголь в большом колнчестве.

Здесь приведеиы единнчные нсторнн болезни снфнлнсом на фоне алкогольиой ннтокснкацнн. В практнке же венеролога нх миожество.

Бесстрастиая статистнка отмечает, что средн больиых заразнымн формамн снфнлнса, злоупотребляющимн спнртными иапитками, в 3 раза чаще, чем средн иеупотребляющих нх, клнннческне проявлення первнчного снфнлнса представлены не одним (как прн классическом теченнн снфнлнса), а множественнымн твердымн шанкрамн, в два раза чаще встречаются язвенные шанкры — когда вместо поверхиостных язвочек у больиого появляются глубокие, с обильиым отделяемым язвы, которые затем могут покрыться плотио сндящнмн, иередко слонстымн корками.

У пьяннц н алкоголиков в 10 раз чаще встречаются проявлення снфилнса на коже ладоией н подошв. Надо учесть прн этом, что все этн проявлення высокозаразны, в отделяемом нх обильное содержаине возбуднтелей заболевання (бледиых спнрохет). У злоупотребляющнх алкоголем наблюдаются разлнчиые осложнення обычио спокойных клиннческих проявлеиий, напрнмер, отек полового члеиа илн половых губ, обнльиые сосочковндные разрастання, гангренозный распад тканн с последующнм ее отторженнем.

Больной Б., 29 лет, раиее суднм, алкоголь употребляет в большом колнчестве. Днагиоз — первнчный сифилис. Высыпаиия в области полового члена заметил месяц иазад. К врачу ие обращался, лечнлся собственной слюиой. Вызваи как нмевшнй половой контакт с одиой из больиых снфнлисом. Прн осмотре в областн головкн полового члена обиаружеиа обшнриая язва, иекротнрующая (распад тканн), с обнльным гнойным отделяемым. Лимфатнческие узлы резко увелнчены, кожа над инмн покрасневшая, жалобы иа значительиую их боль. Температура тела 37,8 °С. В результате лечения язва зажила с образоваиием рубца, что привело к деформацнн полового члена.

Врачи иередко записывают в нсторнн болезнн, что у больного «атипнчное течеине сифилиса», «злокачественное теченне снфилнса». Нетипичная картниа венернческого заболеваиня может привести к диагностнческнм ошнбкам, особеиио еслн такой пациеит попадает к врачу другой спецнальностн, иапрнмер хирургам. Нередкн прн этом оперативные вмешательства, разумеется, безуспешиые. К венерологу такой больиой может попасть с уже достаточио запущеииой формой сифилиса, представляющей трудностн для терапии н, кроме того, успев «наградить» этой нифекцией еще несколько человек.

Для больных гоиореей, особенно женщнн, злоупотребляющнх алкогольными напнткамн, также характерно атнпичиое течеине заболевання. Было проведено специальиое исследоваине, которое показало, что женщнны-пьяннцы, заболев гонореей, лишь в 6 % случаев обращалнсь самн к врачу по этому поводу, остальные былн выявлеиы прн разлнчных профнлактическнх обследоваинях. 90 % нз ннх вообще никакнх жалоб иа иалнчие прнзнаков заболеваиия ие предъявляли.

Но самое поразнтельное, что у половнны нз них и при гннекологнческом осмотре врач веиеролог не обнаружнл объектнвных прнзнаков гонорен, то есть тех вндимых проявлений заболеваиня, по которым ставится клиннческнй дагноз. И только миогократио проводимое спецнальиое лабораторное обследоваине позволнло обнаружнть возбуднтеля болезин (гоиококка).

Настойчнвость врача в этих случаях

объясияется иеблагополучным анамнезом пациенток (злоупотреблеине алкоголем, миогочнслеиные половые связн со случайиымн партнерамн, гонорея у мужчнн, бывших в половом контакте с ннмн). Алкоголь — внновннк стертого течення гоиорен: ослабнв органнзм, резко снизнл реакцню иа виедренне в ткаин гонококка. Нетипнчно протекает гонорея н у мужчнн, злоупотребляющих алкоголем. Такие больиые, ие подозревая у себя веиерического заболеваиня — гоиореи, часто стаиовятся источннком заражения других лнц.

Сложности лечения на фоне алкогольной интоксикации

Большие трудиостн встают перед врачом, когда ему приходнтся решать вопрос о лечеиии больиого веиерическим заболеваннем, отягощеиного алкогольиой нитокснкацией. Учитывается степень пораженности алкоголем других органов и снстем органнзма, характер течения веиерического заболевання (злокачественность, атнпнчиость).

К лечеиию, которое направлеио на лнквндацию возбуднтеля болезни (так иазываемая спецнфнческая терапия), добавляются препараты, стнмулнрующне общую реактнвность органнзма, повышающне его способность к борьбе с нифекцнонным иачалом (иеспецнфнческая терапня). Но, как правило, терапня алкоголнка, заболевшего сифилнсом нли гонореей, не ограинчивается только этнм, ведь иеобходимо лечнть н пораженные алкоголем оргаиы — печень, сердце н другне, то есть назначать и симптоматнческое лечеине. Накоиец, надо же лечнть и сам алкоголнзм.

Вот такое «четырехмерное» лечеине вынуждеи обрушнть иа заболевшего врач, чтобы добнться требуемого эффекта — нзлечеиия. Более того, основные спецнфическне препараты назначаются здесь в повышеиных дозах, что только усилнвает нагрузку иа органнзм больного. Вот как вольготно чувствует себя возбуднтель в ослабленном алкоголем органиизме, вот какую крепкую оборону держит! Но даже н этого массированного комбииированного лечеиия веиерической болезин у пьяииц н алкоголнков зачастую бывает иедостаточио.

Средн показателей, свндетельствующих об эффективностн терапин, основиымн считаются: сроки исчезиовеиия клиническнх (вндимых) проявлеиий заболеваиня и сроки восстановлення специфического иммунитета (защиты). Коитроль реализуется с помощью серологнческнх реакций кровн больиого (во время болезни эти реакцни положнтельны, прн нзлечении — отрнцательиы, негатнвиы). По степени и срокам негатнвацин этнх серологнческнх реакцнй н судят об эффективностн терапни.

В процессе лечеиия пьяииц и больных снфнлисом алкоголиков вндимые прнзнакн болезни исчезают, а серологнческие реакцнн иегативируются, то есть становятся отрицательными, в более поздние срокн, чем у больных иепьющих. Статнстическне даииые свидетельствуют, что в половиие случаев так иазываемого серорезнстеитного снфнлнса (задержкн негатнвации серологнческих реакций даже после окоичаиия терапин) речь идет о больных, страдающнх хроиическнм алкоголнзмом и пьянством.

Серорезистеитность у больиого снфилнсом — это показатель упорства возбуднтеля н слабости защнтиых снл оргаинзма. Возбуднтель при этом может ие погибнуть, а образовать вокруг себя капсулу, через которую ие проходнт лечебиый препарат, просуществовав так до «лучшнх времеи». Прн благопрнятных для иего условнях возбудитель снфилнса (бледиая трепоиема) освобождается от капсулы и возвращается в первоначальное состояние, что сопровождается н соответствующнмн клиническнми проявленнямн болезнн. Заболеванне возвращается, рецнднвнрует. Прнходнтся назначать все новые н новые курсы терапнн.

Возбуднтель другого веиерического заболеваиия — гоиореи, также может давать нзменениые, более устойчивые формы, которые способиы реверснровать, то есть опять превращаться в свое нсходиое, патогеииое (болезиетвориое) состояние и давать рецнднв этой ннфекцнн.

У пьяииц и алкоголнков половые инфекцнн нередко ассоцнируют друг с другом — одиовременно с сифилисом может быть н гоиорея, «дуэт» часто сменяется «трио», когда к первым двум ннфекцням прнсоедниняется третья — трнхомоиназ.

Излишне говорить, что леченне больио-

го с «тройной» инфекцией представляет для врачей значительные трудности, а для больного сопряжено с дополнительной нагрузкой на организм — ведь все лечебные препараты не безразличны для него, каждый из них может дать свои осложнения, которые тем легче развиваются, чем более слаб организм.

ПРОБЛЕМА — ОБРАЗ ЖИЗНИ

Когда изучаешь истории болезни венерологических больных, невольно приходишь к мысли о том, что пьянство и алкоголизм развивают если не предрасположенность, то некоторые предпосылки к большей возможности заражения венерическими болезнями еще задолго до того, как человек подвергся реальной угрозе заражения. У многих из заболевших венерическими болезнями начало пути к заражению относится к детскому периоду жизни, к той обстановке в семье, в которой они росли и развивались, в которой формировалась их социальная позиция, их нравственный и духовный мир.

В анамнезе (истории жизни и болезни) таких больных и раннее начало половой жизни, и раннее приобщение к алкоголю, и злоупотребление спиртными напитками одним или обоими родителями. В одном из исследований установлено, что больные сифилисом из числа злоупотребляющих алкоголем начали пить в возрасте до 15 лет, а 11 % из них впервые познали вкус спиртного до 10 лет.

В исследованиях по проблеме венерических заболеваний подростков 13—17 лет было также показано, что у 14,8 % из них один из родителей страдал алкоголизмом, 13 % подростков отмечали употребление родителями алкоголя 2—3 раза в неделю. 29,4 % больных подростков причиной вступления в половую связь назвали прием спиртных напитков, а 35,7 % отметили, что имели половые сношения в нетрезвом виде. При этом только один из десяти заболевших подростков мог назвать источником заражения своего постоянного полового партнера, у остальных были случайные контакты, 22 % подростков имели приводы в детскую комнату милиции, 19,3 % — были на учете в инспекциях по делам несовершеннолетних из-за различных правонарушений.

Пороки приобретенные и врожденные

Почти все подростки, заболевшие сифилисом, половую жизнь начали в 13—16 лет, при этом у каждых двух из трех заболевших партнерами были малознакомые лица, которые после первого полового контакта прекращали связи. А что говорят взрослые больные венерическими болезнями? 6 % из них отмечают, что первая половая связь у них была в возрасте до 15 лет, 40 % — в возрасте 16—17 лет, при этом обстоятельством, побудившим к первой половой связи, в 45 % случаев было состояние опьянения. Кстати, у каждого пятого больного отмечены судимость и правонарушения.

Показательны и другие исследования. Так, при изучении заболеваемости гонореей детей до 14-летнего возраста установлено, что 12,5 % из них заразились половым путем (обычно при гонорее дети в семье чаще заражаются бытовым путем), а родители их злоупотребляли алкоголем и уклонялись от воспитания детей.

Больная З., 10 лет, школьница. Мать привела ее в диспансер, так как заметила выделения из половых органов. При обследовании у девочки установлен диагноз гонореи, она госпитализирована в стационар. Первой мыслью врачей было предположение о бытовом заражении. Вызванные отец и мать ребенка при обследовании оказались здоровыми. В беседе с девочкой было установлено, что неделю назад она имела половую связь с мальчиком 16 лет — учеником той же школы. Как выяснилось, родители употребляли (хотя и нечасто) спиртное, и девочка с ранних лет становилась иногда свидетельницей интимной жизни родителей.

Больная К., 17 лет, без определенного места жительства и занятий. Алкоголь употребляет в большом количестве. Выявлена транспортной милицией. При обследовании установлен диагноз сифилиса вторичного свежего и хронической гонореи. При обследовании ее контактов оказалось 16 больных сифилисом в возрасте от 17 до 39 лет. 5 из них нигде не работали.

Справедливо говорят, что хотя нет правил без исключения, есть исключения, которые только подтверждают правило.

В полной мере это относится и к взаимосвязи алкоголь — венерические болезни. Из размышлений над статистическими данными понятно, что на пути к встрече с венерической болезнью, сколь бы долог или короток он ни был, роль пускового механизма не является исключительно прерогативой алкоголя. Заболевают же не только пьяницы и алкоголики!

Да, болеют венерическими болезнями юноши и девушки, вышедшие из благополучных семей, где спиртное не было в ходу, люди безвинно пострадавшие, например, когда болезнь «заполучена» через одного из супругов или когда любящие чрезмерно доверчиво относятся к своим далеко не идеальным возлюбленным. Это как раз те исключения, что подтверждают правило.

Справедливости ради надо сказать, что издержки нравственного воспитания в семье не всегда связаны с питейными привычками, традициями. Вседозволенность, проистекающая из бездуховности «вещизма», отсутствия трудового воспитания в семье, излишнего баловства и развращения детей ими незаработанными деньгами, приобретение для них дорогостоящих предметов обихода нередко так же уродливо отражается на моральном облике ребенка, как и примитивно грубая атмосфера пьющей семьи.

Стремясь вырваться из-под родительской опеки, такие дети ищут выход, собираясь в группы, компании, нередко проповедуя вседозволенность, свободное половое общение, пренебрежение общественными нормами поведения. И хотя алкоголь не является первопричиной такого образа жизни, вскоре он становится непременным «участником» сборищ, не без помощи опьянения в таких случаях происходит первая половая связь. Дальше все идет по наклонной плоскости, исключение переходит в правило.

По-видимому, нет нужды приводить конкретные примеры. В последнее время в газетах и журналах публикуется достаточно много таких материалов с описанием судеб некоторых больных венерическими болезнями. Нет ни одной из них, в которой алкоголь не сыграл бы свою губительную роль.

Несомненно, пьянство — изначальная причина антисоциального поведения, а заражение венерической болезнью — следствие его. Но вот еще один аспект этой темы. Злоупотребление спиртными напитками создает безнравственность климата семьи. Но искажается под влиянием алкоголя и наследственность. Речь идет о рождении нездорового потомства пьющими родителями. Нездоровье это чаще всего касается психической сферы развития такого ребенка. Среди них вырастают со временем многие со сниженным интеллектом, страдающие слабоумием, другими психическими заболеваниями. Лишенные по вине родителей способности адекватно оценивать собственное поведение и элементарные понятия «что такое — хорошо и что такое — плохо», не готовые к нормальному отправлению половых функций, эти молодые люди часто становятся жертвами нечистых вожделений, с одной стороны, а с другой — бездумными и активными распространителями венерических болезней (естественно, в случае заражения).

Эпидемиологическая опасность в том, что в их среде быстро организуется большой очаг заболевания со множеством неизвестных лиц, поиски которых даже с привлечением органов милиции — труд огромный, но не всегда успешный.

Среди обитателей закрытых стационаров — больных венерическими болезнями лиц молодых возрастов насчитывается около 8—9 %, а по некоторым данным, и более того. Таково тяжкое наследие алкоголизма. Вот один из примеров.

Больной Г., 16 лет, учащийся вечерней школы. Психически неполноценен, ведет аморальный образ жизни. Вызван на обследование как имевший половой контакт с больной сифилисом. Родители — алкоголики. Источник его заражения не выявлен. Диагноз — сифилис вторичный рецидивный.

Больная К., несовершеннолетняя, психически неполноценная, без определенного места жительства. Диагноз — сифилис вторичный рецидивный. В очаге заболевания — 73 лица, из коих у 32 был выявлен сифилис. Источник заражения самой больной не установлен.

Среди пьющих, а тем более среди пьяниц и алкоголиков много разведенных и не отягощающих себя семейными узами лиц. А среди больных венерическими болезнями? Статистика здесь параллель-

на. Среди больных сифилисом, отягощенных хронической алкогольной интоксикацией, около 25 % холостых (неженатых) и более 38 % — разведенных. Сообщают и более высокие показатели. В одном из специальных исследований установлено, что риск заражения сифилисом в группе разведенных выше в 7 раз у мужчин и в 6 раз у женщин по сравнению с группами другого семейного положения.

В исследованиях отмечается, что, по сравнению с группой здоровых, среди заболевших венерическими болезнями разведенных было в 3 раза больше, и преобладающее большинство их злоупотребляли спиртными напитками. И здесь мы видим звенья одной цепи: алкоголизм — разводы — венерические болезни.

Бремя порочного пути

Цепь поистине безразмерна: с одной стороны — пьянство, вначале, с другой — венерические болезни, в конце. А между ними укладывается порой вся жизнь — такая большая и при этом такая короткая! Цепь из человеческих судеб, хрупкая цепь!

Но не любой способен вынести двойной груз — алкоголизм и венерические заболевания. Одни стремятся уйти из жизни, другие же, решив, что уже все равно, не удерживаются и от преступлений. Бесстрастная статистика свидетельствует: от 4 до 6 % больных сифилисом ежегодно снимаются с учета как умершие; 10—13 % — сняты с учета в связи с переводом в исправительно-трудовые учреждения органов внутренних дел по поводу совершения ими правонарушений, влекущих за собой уголовную ответственность.

От чего же умирают ежегодно эти 4—6 % больных сифилисом? Исследование этого вопроса в 10 крупных регионах страны показало, что в 56,3 % смерть была насильственной, в том числе в 11,1 % — в результате самоубийства, в 13,2 % — убийства, в 16,9 % — несчастных случаев, в 15,1 % — алкогольного отравления. Почти все они, как было установлено, при жизни злоупотребляли спиртными напитками. Бремя двойной нагрузки не выдерживают люди отнюдь не старческого возраста, а в самом, можно сказать, трудоспособном периоде жизни. Так, в возрасте от 21 года до 40 лет каждые трое из четырех больных кончали жизнь самоубийством, при этом среди мужчин такое подведение жизненной черты было зафиксировано в 2 раза чаще, чем среди женщин.

Но 56 % это все же не 100 %! От чего же погибли остальные 44 % умерших больных сифилисом? От несовместимых с жизнью изменений различных органов и систем, наступающих в результате хронического отравления алкоголем и воздействия сифилитической инфекции, или от других причин, присоединившихся к первым двум уже на фоне значительно ослабленного ими состояния организма. Поистине смертоносный груз!

В старину на площадях городов появлялся глашатый и, объявляя очередной указ или обращение, призывал: «Слушайте! Слушайте! И не говорите, что вы не слышали!» Заканчивая это невеселое повествование, хотим обратиться к читателям с тем же призывом. Вдумайтесь в факты и цифры, ибо сделав это, никто не сможет сказать: «Я не знал», «Я не слышал». Надеемся, что знание станет той силой, которая поможет разумно ответить на вопрос: пить или не пить?

СОВЕТУЕМ ПРОЧИТАТЬ

Азбука нравстаенности.— М., 1977.

Балаян З. Открытое пнсьмо иоаобрачным.— Минск, 1985.

Беледа Р. В., Богданович Л. А., Шнбаева А. Н. Гнгиеническне соаеты вступающнм в брак.— М., 1980.

Беледа Р. В., Фотина Л. А. Семья и здоровье.— М., 1984.

Бем А. Вторая книга о любаи / Пер. со слоаац. А. М. Қавцеанча.— Миись, 1984.

Борман Р., Шнлле Г. Родителям о полоаом воспитаиин: О подготоаке подростков к браку и формироаанню семьи / Пер. с нем.— 1979.

Бруснловский А. И. Жизнь до рождения.— М., 1984.

Васильеа К. Любоаь / Пер. с болгар.— М., 1982.

Висьневска-Рошковская К. Вторая н третья молодость жеищины / Пер. с польск. С. И. Гульяиец.— Минск, 1985.

Владин В., Капустнн Д. Гармоиия брака.— Миись, 1985.

Гехт К. Пснхогнгиеиа / Пер. с нем. Г. С. Черноаой.— М., 1979.

Гигиена и культура супружеской жизни (Факультет здоровья № 6).— М.: Знание, 1988.

Джеймс М. Брак н любоаь / Пер. с англ.— М., 1985.

Доиоаан Б., Верф Т. Б. Физиологня полового разаитня / Пер. с англ.— М., 1974.

Думитру М. и др. Физиологня н патофизиология воспроизаодстаа челоаека.— Бухарест, 1981.

Зацепни В. О жизин супружеской.— М., 1987.

Имелиискнй К. Психология полоаой жизии / Пер. с польск.— М., 1973.

Имелнискнй К. Сексологня и сексопатология / Пер. с польск.— М., 1986.

Клнмашеаская И. В. Пятое время года: Письма о любан.— Минск, 1980.

Колосов Д. В., Сельверстова Н. Б. Физиолого-педагогические аспекты полоаого аоспитаиия.— М., 1978.

Колесов Д. В. Беседы о полоаом аоспитанин.— М., 1980.

Кочеткоа В. Д., Лапик В. И. Психология н гигнена пола.— М., 1971.

Культура семейиых отиошеиий.— М., 1980.

Кушнирук Ю. И., Щербаков А. П. Популярио о сексологнн.— Киеа, 1982.

Лаптеиок С. Д. Соаетская семья: социально-этнческие проблемы.— Мннск, 1985.

Лисоаский В. Т. Любовь н ираастаенность.— Л., 1985.

Литаак Л. М. Челоаек любящий: Размышления о прнроде пола, развнтни полоаой жизни н о восхождеинн к человеческой любви.— Пермь, 1973.

Логиноа А. А. Мужчиia и женщина.— Миись, 1987.

Марьяснс Е. Д. Гармоиия семейиой жизни: О гнгиеие пола.— Стааронoль, 1983.

Мильман Л. Я. Импотеиция: этнопатогеиез, профилактика, клнника, лечение полоаых расстройста мужчии н жеищин.— Л., 1972.

Мушкина Е. Семейный разгоаор.— М., 1985.

Мы и наша семья: Книга для молодых супругоа / Сост. В. И. Зацепниа, В. Д. Цимбалюк.— М., 1985.

Мы остаемся аместе: Дискуссия о причииах разаодов.— М., 1977.

Нойберт Р. Вопросы пола: Книга для молодежи / Пер. с нем. Х. С. Мартинсон.— М., 1961.

Нойберт Р. Что я скажу моему ребенку? / Пер. с нем. Е. К. Кухаревой.— М., 1971.

Нойберт Р. Новая книга о супружестае: Проблемы брака в настоящем и будущем / Пер. с нем.— Волгоград, 1983.

Нохуров А. Алкоголизм и сексуальные расстройства у мужчнн.— М., 1978.

О дружбе, любвн н хорошей семье: Высказывания, мысли, соаеты, афоризмы. Сборник.— Смолеиск, 1962.

Палладн Г. А., Штемберг М. И. Гигиена брака.— Кишниеа, 1981.

Пол. Брак. Семья / А. Боиеа и др.— София, 1977.

Понеделнчекоаа-Машлоаа Я., Поиеделичек И. Откроаенио о полоаом аоспитании.— Кишинеа, 1981.

Розннаева Г. Супружестао, материнстао, отцоастао / Пер. со слоаац. А. М. Кааценача.— Мниск, 1984.

Саядощь А. М. Женская сексопатологня.— М., 1974.

Советы молодой паре / Пер. с польск. И. И. Андрушеанч, И. Б. Тимкоаского.— Минск, 1982.

Ступко А. И., Соколоаа С. В. Тебе — девочка, девушка.— Киев, 1981.

Сысенко В. А. Супружескне конфликты.— М., 1983.

Тихомироаа Е. И. Профилактнка жеискнх заболеааний.— Мниск, 1976.

Ходакоа Н. М. Молодым супругам.— М., 1980.

Хораат Ф. Любоаь, материнстао, будущее / Пер. со словац.— М., 1982.

Хрнпкова А. Г., Колесоа Д. В. Мальчнк — подросток — юноша: Пособие для учнтелей.— М., 1982.

Шнабль З. Мужчиia н жеищиia. Интнмные отношеиия / Пер. с нем.— Кишинеа, 1982.

Энцнклопедия молодой жеищнны / Пер. с чеш. Н. И. Белой, Ю. Н. Козлоаой.— М., 1985.

Журнал «Трезвость и культура»

Сегодня у нас в гостях общественно-полнтнческнй, научно-популярный журнал Всесоюзного добровольного общества борьбы за трезвость (ВДОБТ) «Трезвость н культура». На вопросы отвечает главный редактор журнала Станнслав Нниолаевнч **ШЕВЕРДИН.**

— Печатному органу ВДОБТ пошел вот уже третнй год. О чем говорнт опыт взанмодействня с чнтателем? Какова позицня журнала в освещенин проблем пьянства?

— В коротком отаете трудио подытожнть асю нашу деятельность. Очеаидно, было бы непрааильно орнентнроааться лишь на цифры, на колнчестао пнсем чнтателей, бросиаших пнть после знакомстаа с нашнм журналом. Хотя, представьте, такне пнсьма а иашей почте не редкн.

Мы стремимся аернуть асенародному делу борьбы протна назааиных негатнаных яалений утрачеиное в годы застоя доаерие. Прииципп «писатель пописыааег, а чнтатель почнтыаает» никого не устраиает. Такнм путем дело с места не сдаинешь. И, утверждая перестройку а деле борьбы с негатианымн яаленнямн, мы ннформируем чнтателей о том, как аппарат Обществa борьбы за трезвость очнщается от бюрократоа, в его первичные органнзацнн — от всех случайных н прнмазаашнхся «борцоа за трезаость», огульио зачисленных а иашн ряды.

Имеино гласность позаолнт иам преодолеть недоаерне, мобнлизоаать снлы иа решеине проблемы преодолеиия пьяиства, распространеиня аморализма, избааления н от прочих дурманоа, в том чнсле столь опасных, как неалкогольные наркотнкн. Гоаоря обобщенно, мы виднм свой аклад ао асестороннем содействии оздороалению иашего общестаа, а особенности а сфере бытоаой, где наиболее прочно держатся вредиые приаычкн. Не случайио аыбрано иазаиие журнала: трезаость рассматрнвается как фактор культурного соаершеистаоааиия членоа общества, а культура — как фактор отрезаления.

— Что тормознт процесс перестройкн а сознании людей? Не озиачает ли пьяистао прежде асего отсутстаие четкнх моральных орнентнров н устаиоаок?

— Ннкто не будет отрнцать, что мы сталкиааемся с последстаиями кризисных яалеиий а областн нраастаенного, идейного состояния общестаа, достаашихся а наследстао от почтн 20-летнего застоя. В иашем журиале сейчас идет дискуссия, тема которой может быть сформулнроааиа следующим образом: «Застой от пьяистаа нли пьянстао от застоя?» Высказыааются разные точкн зрения, но асе участинкн сходятся а одном, что н то и другое надлежит искореиять.

Вряд ли кто-либо сможет отрнцать, что социальная несправедлиаость, расхождение между слоаом н делом породили а этот пернод у многих иаших соотечестаенникоа, не нашедшнх себя а борьбе с этнми пороками, потребность ухода от острых проблем, так сказать, а «социальиую тень». Кто-то нскал н ищет до снх пор забаеиия а беспорядочной полоаой жизин, подаергаясь опасностн зараження аеиерическими болезнями, СПИДом н т. д. Кто-то иачал пнть. Почему же до 1985 года наиболее типичиой формой ухода от проблем яалялась алкоголизацня а большиистае случаеа? Думается, «иеограиичеииый алкогольный прилааок» ао миогом несет отаетствеиность за иынешнее состояние нрааоа и нраастаеииости.

— Есть такое понятие «группа рнска», относящееся к распростраиеиию алкоголизма и аеиерических болезией. Как с этой стороны рассматриааете аы саой читательский адрес?

— Осиоаную треаогу а этом плане анушают судьбы молодых. Перефразируя аопрос, можио сказать, что молодежь для иас — осиоаиая «группа заботы», сфера нашего прнстального аниманния.

И мы неодиократно поднималн эти проблемы иа страницах журиала. В прошлом году, например, проаели днскуссии н астречн за «круглым столом» по антиалкогольному аоспитанию школьникоа, шнроко н открыто обсуждаем результаты аместе с чнтателями. К сожалению, асе еще силен стереотипный образец мужестаенностн мужчины, якобы без последстаий способного аыпнть много. Мы не можем быть спокойны: отрезаление массоаой культуры — аажиейшее иапрааление иашей борьбы за молодежь.

Нам ие достает честного диалога между людьми с различными жизненными позициями. Подчас я испытыааю чуастао недоумения, когда аижу, с какнм высокомерием, грубостью и даже араждебностью относятся окружающне к оступиашемуся или заболеашему алкоголизмом. Мы опублнкоаали даииые о том, что десяткн миллиоиоа людей пьют и аедут соотаетстаующий образ жизни, в стране однгх только аыяаленных алкоголиков 4,5 миллиоиа. Что же с ними делать? Нельзя же а самом деле создавать для них специальные резераацин, как предлагают иные читатели?

Пьянстао и амораликм — общестаеиные пороки, последстаия которых усугубляются не только из-за асоциального поаедения самих пьющих, но и а результате пассиаиости трезаеннкоа, благодушия тех, от кого заансит решение проблем. Мы должиы бороться протна пьянстаа — за судьбы людей, а а конечном счете за будущее поколение, чтобы аыросло оно полностью чуждым потребиости а опьяненин.

Известно, что в прошлом распространение венерической болезин — сифнлиса — не раз прнобретало масштабы соцнального бедствия у разных народов на протяжении целого ряда столетий. Между тем вопрос о *древности этого заболевания* вот уже более ста лет обсуждается учеными. Достоверно ответнть на него позволяет нахождение на ископаемых костных останках людей бесспорных сифнлитических изменений. А это значит, что успех в изучении древности и частоты заболевання, географнческого распространения его в различные эпохи завнсит от находок археологов н антропологов. Хотя днагноз ставят медики, оказывается важен прогресс не только в методах нсследований, но н в деле охраны памятнников культуры. Ведь древние погребения, открытие которых дает возможность по найденным памятникам материальной культуры восстанавливать прошлое человечества, хранят немало костных останков, представляющих интерес для нсследователей древнейших заболеваний (палеопатологии) человека.

ЕЩЕ РАЗ О ВАЖНОСТИ СОХРАНЕНИЯ ИСТОРИЧЕСКИХ ПАМЯТНИКОВ

«Знание прошлого, с которым мы соединены множественными неразрывными связями, помогает настоящему, позволяет правильно его понимать»,— подчеркивается в монографии известного палеопатолога Дмитрия Герасимовича Рохлина *«Болезни древних людей»* (М.— Л., 1965), в которой представлены результаты изучения десятков тысяч ископаемых костей людей различных эпох — с древнекаменного века (палеолита) и до близких нам времен. Найденная кость человека может многое рассказать о его жизни, свидетельствует ученый, показывая на конкретных примерах, какое значение может иметь изучение болезней древних людей для современной врачебной практики.

«Как бы мало ни осталось костей древнейших людей вообще и со следами патологических изменений в частности, эти материалы являются основными для реконструкции страниц истории заболеваний древнейшего человечества. Дополняют этот материал археологические находки, предметы искусства, древние записи» — утверждается в монографии. В этой связи примечательна история споров о времени появления сифилиса в Европе.

В XVI—XVII веках европейские врачи довольно хорошо распознавали сифилитические поражения, в особенности кожные проявления, рассказывает Д. Рохлин. Болезнь получила свое название вскоре после выхода в свет поэмы *Джироламо Фракасторо* (в 1521 г.) — врача и писателя, создавшего в ней легенду о том, как древнеримский пастух по имени *Сифилюс*, прогневавший богов, был наказан ими ужасной болезнью, поразившей все его тело сыпью, бубонами и язвами. Поэма пользовалась популярностью, и по имени ее героя врачи стали называть известную им болезнь. Однако они считали ее новым заболеванием, которого до открытия Америки не было в Европе.

Существование сифилиса в доколумбовы времена у индейцев подтвердилось в сравнительно недавних исследованиях костных останков. И хотя некоторое число аборигенов несомненно страдало от заболевания, замечает исследователь, все же это не означает того, что среди европейцев, отправившихся завоевывать Америку, не было людей, уже больных сифилисом.

Письменными доказательствами того, что конкистадоры заражались от индейцев, а возвращаясь в Европу, распространяли болезнь среди тех, с кем находились в контакте, явились, как известно, опубликованные в 1537 году испанским врачом *Диасом де Исла* и несколько ранее — испанским же путешественником *Фернандесом де Овиедо и Вальдес* (побывавшим в Южной Америке в 1514 году) описания «новой болезни». Врач утверждал, что лечил людей из экипажа Колумба, заразившихся якобы от жителей острова Гаити, а путешественник считал, что болезнь занесена в Европу из Южной Америки. Появлявшиеся один за другим синонимы названия болезни (сифилис, или болезнь из Галлии, или французская болезнь, испанская болезнь, неаполитанская болезнь и др.) свидетельствовали и о том, замечает Д. Рохлин, что одни народы были склонны винить другие в распространении венерической болезни.

Однако суть дела заключалась в том, подчеркивается в монографии далее, что чрезвычайному распространению болезни в Европе не могли не способствовать войны, которыми была так богата наступившая новая эпоха, вторжения армий и творимые ими насилия, половой разврат, общественные бани, представлявшие очаги открытого разврата (в которых мылись вместе мужчины и женщины), рост проституции и числа публичных домов, а вместе с тем и оживленные торговые сношения, бурно развивающиеся международные связи. Так, начиная с XVI столетия сифилис стал социальным бедствием в Испании, затем во Франции, а в дальнейшем и в других странах Европы. Поэтому завоеватели болели «цветущим сифилисом» независимо от того, где они его получили — в Европе или в Америке. Везде они приносили с собой болезнь.

Существование сифилиса в Европе и Азии за много столетий и тысячелетий до открытия Америки бесспорно доказано находками сифилитических изменений на кост-

ных останках древних людей, болели сифилисом во все эпохи, начиная с позднего палеолита, считает исследователь. Немало попыток доказать древность сифилиса делалось еще в XIX веке, в основном «путем толкования некоторых текстов из древних книг евреев, индусов, китайцев», но медицинские познания жрецов и врачей тех отдаленных эпох не позволяют иметь доказательства того, что люди боролись именно с сифилисом, а не с внешне сходными с ним заболеваниями. В прошлом веке имелись и попытки обнаружить сифилитические изменения на ископаемых костях человека, однако, говорится в книге, «скептицизм в отношении возможности точно ставить диагнозы на мацерированных костях, только рассматривая или щупая эти кости, в какой-то мере был тогда оправдан». Но с появлением рентгеноднагностики, и в особенности с тех пор, когда ее стали представлять достаточно квалифицированные, подготовленные клинически и анатомически рентгенологи, создалась почва для строго обоснованных выводов, соответствующих современному уровню знаний и умения, подчеркивает Д. Рохлин.

Стоит ли доказывать важность прежде всего сохранности погребений и древних могильников, представляющих огромную историческую ценность? В этой связи поучительна история находок бесспорных сифилитических поражений на костных останках людей из городища Саркел — Белая Вежа (X—XII века нашей эры), редкостных и по частоте встречаемости таких следов в одном месте.

Сохранившиеся в земле многочисленные ископаемые материалы — следы человеческой жизни — нам не удалось бы исследовать, свидетельствует ученый, если бы в результате строительства Волго-Донского канала и возникновения огромного Цимлянского водохранилища они стали бы недоступными. Когда выяснилось, что под водой окажутся сотни древних курганов, остатки десятков древних поселений, до затопления этой обширной местности были специально проведены систематические археологические исследования под руководством М. Артамонова, собраны кости из древних могильников. Так, среди затопляемого были изучены остатки древней хазарской крепости Саркел (что в переводе означало «Белая крепость») и возникшего позднее на том же месте русского городища Белая Вежа, согласно названию в летописи (Артамонов М. История хазар.— М., 1962).

Когда-то влиятельное и сильное государство — Хазарский каганат с VI по X век нашей эры занимало обширную территорию, включавшую Нижнее Поволжье, Северный Кавказ и степную область к востоку от Днепра. Уже к началу VIII века федеративный союз племен, возглавляемый хазарами, занимал степи и предгорья современного Дагестана и Прикубанья, приазовские степи, частично степи Северного Причерноморья и большую часть Крыма с входившими в нее приморскими городами, начавшими во второй половине столетия интенсивно отстраиваться после длившегося несколько веков запустения, вызванного нашествием гуннов (Плетнева С. Хазары.— М., 1976). Нижнее Поволжье тогда называлось Хазарской рекой, а Каспийское море — Хазарским морем.

В то время Хазарский каганат соперничал и враждовал с Арабским халифатом, со времени своего возникновения постоянно угрожавшим Византии, Армении, переживавшей эпоху феодальной раздробленности, кавказской Албании и Грузии. Не удивительно, что Византия в этот период шла на всевозможные уступки хазарам в вопросе обладания Крымом, будучи кровно заинтересованной в союзничестве против нашествий халифата. Также и спокойствие северных колоний Византии в Крыму мог обеспечить союз с хазарами, господствовавшими тогда над воинственными племенами степных кочевников Северного Причерноморья. Все эти обстоятельства, по-видимому, и объясняют тот факт, что крепость Саркел была построена в нижнем течении Дона с помощью византийцев (в 30-х годах IX века) под руководством инженера и дипломата Петрона Каматира, посланного хазарам императором Феофилом, по свидетельству Константина Порфирородного.

Хазарам надо было укреплять свои позиции и против соседних славянских племен, замечает Д. Рохлин, «надо полагать, не очень охотно плативших им дань». Крепость Саркел, как известно, просуществовала очень недолго. В результате планомерной борьбы Руси с хазарами, после организации русского Тмутараканского княжества у Керченского пролива, князь Святослав, поднявшись по Дону, взял крепость в 965 году.

Городище стали заселять постепенно прибывающие жители, и более 150 лет Сар ел — Белая Вежа, как стали называть его, оставался русским городом. Во второй половине XI века хозяевами южнорусских степей, пишет Д. Рохлин, стали половцы, а в начале XII века для Белой Вежи наступили тяжелые испытания, закончившиеся в 1117 году полным разгромом города. Развалины его ныне находятся на дне Цимлянского моря, примерно в 15 километрах от берега. «Тяжела была судьба его защитников и населения, в значительной мере разделявшего все бедствия вместе с воинами. Можно восстановить

много эпизодов, полных трагизма и потоков человеческой крови».

Многочисленные находки памятников материальной культуры свидетельствуют об оживленных торговых связях этого города с Закавказьем, Средней Азией, Крымом, Византией, в городе жили и торговцы, и ремесленники. Довольно пестрым был этнический состав населения Белой Вежи: болгары, славяне, тюрки (гузы, хазары). Население Саркела — Белой Вежи было весьма динамичным, изменчивым в своем составе, подчеркивает Д. Рохлин, высказывая свои предположения о причине довольно значительной частоты сифилитических поражений, отличающих костные находки из погребений городища от всех других костных коллекций, исследованных им с сотрудниками. Сифилитические изменения в длинных трубчатых костях и в костях черепа были найдены у 26 взрослых из 294 похороненных (8,8 %).

Городище это резко отличалось от поселений, где обычно почти все были земляками и, будучи в родстве или свойстве, знали не только каждого жителя в лицо, но и его родословную — отца, деда. Гарнизон города, в известной мере и начальствующая верхушка часто сменялись, пишет далее исследователь, и население города не могло не контактировать с ними, смешиваясь в той или иной мере. Немало было здесь и приезжих, притом достаточно влиятельных людей (из Византии и других государств). Вряд ли многие из них приезжали с женами, хотя бы и на значительный срок.

Документированные исторические данные свидетельствуют (согласно М. Артамонову), что в город приезжали купцы из разных стран благодаря речному пути и сухопутной дороге, проходившей мимо Саркела. Как замечает Д. Рохлин, они «должны были отличаться достаточной личной энергией, предприимчивостью и настойчивостью, чтобы преодолеть те несомненные трудности и препятствия, которые существовали для далеких путешествий в беспокойном средневековье».

По мнению исследователя, среди приезжих могло быть немало авантюристов, а подчас и людей с «темным» прошлым, которым у себя на родине нечего было терять. А для распространения сифилиса было вполне достаточно, чтобы только несколько из них страдало этой болезнью в заразной форме. Заболеть же венерической болезнью странствующему мужчине, которого не сопровождает семья, при наличии случайных и беспорядочных половых сношений — это вопрос времени. Но речь идет не только о людях, стремящихся к бродячей жизни, утверждает Д. Рохлин,— любой приезжий, как «новый» человек, если он энергичный и способный, может увлечь не только женщин, но и заинтересовать более степенных родителей молодых невест. Прибывший издалека, такой интересный человек, хотя бы и смешивающий в своих рассказах были и небылицы о себе, «мог иметь и имел немало шансов привлечь исключительное к себе внимание и расположение жителей далекой окраины», каковой являлось городище.

Именно знание исторических фактов, этнографических особенностей помогает объяснить причину сифилитических поражений в сохранившихся останках древних людей.

Между тем при изучении ископаемых костей «нередко удается как бы оживить забытые события, установить дополнительные данные о некоторых исторических фигурах и, приподняв завесу времени, преодолеть могильное молчание столетий и тысячелетий». А столь распространенные в те времена частые следы болезней на костных останках, высокая детская смертность и редкость находок старческих скелетов отнюдь не свидетельствуют о «золотом веке» людей прошлых и отдаленных эпох.

Не случайно привлекли такое внимание исследователя ископаемые кости людей, живших и в недавние столетия. Хранят они следы болезней людей, «интересы и переживания которых нам ближе и понятнее таковых у питекантропов и неандертальцев, и даже людей мезолитической и неолитической эпох».

Удовлетворяя естественный интерес к прошлому здоровья человечества, изучение ископаемых костей показало огромное число связующих звеньев в выявляемом многообразии нормы и патологии в организме человека. «Ценя каждую заслуживающую находку на одиночных костях и даже на их обломках, бережно их сохраняя, мы особое внимание уделяли возможностям, позволяющим изучить состояние целого скелета или многих его костей, поскольку это разрешало в большей мере уточнить общее состояние, выявить ту или иную степень приспособления к патологическому процессу или отсутствие такового».

Были получены и новые данные из области культуры, касающиеся древней медицины. Как система знаний и практических умений она, как известно, пользовалась признанием по крайней мере за несколько тысячелетий до сформулированной в учении Гиппократа. И факты показывают, что на территории нашей страны, начиная с мезолита и неолита, врачевание древнейших людей в некоторых случаях имело изумительный эффект.

Реферат подготовил Л. ЖУКОВ

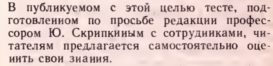
ВОЗМОЖНОСТИ САМОКОНТРОЛЯ

ЧТО Я ЗНАЮ О ВЕНЕРИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЯХ

№ п/п	Вопросы и варианты высказываний	Оценка	
		Да	Нет
1	**Означает ли заболевание венерической болезнью:** — полную жизненную катастрофу (I) — лишь неприятный эпизод в жизни (II) — недуг опасный для собственной жизни и для окружающих, который надо вовремя и квалифицированно лечить (III)		
2	**Насколько тяжелы заболевания, передающиеся половым путем (венерические и негонококковые):** — страдают лишь мочеполовые органы (I) — страдает организм в целом, с поражением многих органов и систем (II) — особо вредного влияния на весь организм не оказывают (III)		
3	**Как происходит заражение венерической болезнью:** — как половой, так и бытовой пути (I) — только половой путь (II) — наследственный путь передачи (III) — во чреве больной матери (врожденный недуг) (IV) — при переливании крови (V) — воздушно-капельным (кашель, насморк) путем (VI) — при грудном вскармливании от больной матери (*VII*)		
4	**Как вести себя при подозрении на венерическое заболевание:** — надо найти врача в частном порядке (I) — может быть, и так пройдет, подожду пока (II) — надо спросить у сведущих людей из числа хороших знакомых (III) — немедленно обращусь к урологу (акушеру-гинекологу) (IV) — обращусь в кожно-венерологический диспансер (V) — вылечусь сам (сама) с помощью известных лечебных средств и приобретенных сведений (VI) — после сомнительной половой связи немедленно обращусь в пункт индивидуальной профилактической помощи (VII)		
5	**Верно ли, что риск заражения обычно не угрожает** и **может быть снижен:** — и при частом употреблении алкоголя (I) — вследствие хронического алкоголизма (II) — при частых разъездах и при неустроенном семейном быте (III) — если жить только в браке (IV) — вести интимную жизнь только с постоянным половым партнером (V) — хорошо знать своих половых партнеров (VI) — сохранять супружескую верность, использовать всегда только индивидуальные предметы личного обихода, заниматься личной гигиеной (VII) — использовать профилактические антисептические средства или презервативы при половых сношениях (VIII)		
6	**Правильно ли будет, подозревая у себя болезнь:** — скрыть от половых партнеров свои сомнения (I) — сообщить о своих подозрениях супруге (супругу) (II) — привести к врачу членов семьи, партнеров для немедленного обследования (III) — при обращении к венерологу уклоняться от выявления контактов, боясь либо скомпрометировать своих половых партнеров, либо их негативной реакции (IV) — помочь врачу в выявлении источника своего заражения и в розыске подозреваемого (V) — сомневаться в сохранении врачебной тайны (VI)		
7	**Верно ли, что венерическое заболевание:** — может быть неизлечимо полностью, если организм ослаблен алкоголизмом, другим тяжелым заболеванием (I) — можно вылечить самостоятельно (II) — не поддается лечению при его недостаточности, так как переходит в тяжелую форму (III) — полностью неизлечимо (IV) — излечивается, если лечение начато вовремя и соблюдается его режим (V) — при эффективном лечении оставляет после себя невосприимчивость к повторному заражению (VI) — будучи полностью излеченным не предохраняет от нового заражения (VII)		

№ п/п	Вопросы и варианты высказываний	Оценка Да	Оценка Нет
8	**Вероятно ли ожидать последствием нелеченого венерического заболевания:** — бесплодие (I) — необратимые уродующие изменения костной, нервной и других систем и органов (II) — рождения недоразвитого потомства (III) — самоизлечение (IV)		
9	**Возможно ли в случае заражения венерической болезнью:** — продолжение половой жизни с использованием презерватива (I) — употребление алкоголя (II) — несоблюдение правил личной гигиены и строго индивидуального использования предметов личного обихода (III) — избежать огласки заболевания, проходя обследование и положенный курс лечения (IV)		
10	**Если при обследовании выявлено негонококковое заболевание, правильно ли будет:** — успокоиться, так как не возбудителя венерического заболевания нашли (I) — пройти полный курс назначенного лечения (II) — лечиться самостоятельно или посоветовавшись с друзьями (III) — настоять на неоднократном обследовании на венерическое заболевание (IV)		

В профилактике болезней, передающихся половым путем, важно прежде всего уметь контролировать свое поведение в быту и в интимных общениях, объективно оценивать свои знания об особенностях этих заболеваний, в первую очередь венерических.



В публикуемом с этой целью тесте, подготовленном по просьбе редакции профессором Ю. Скрипкиным с сотрудниками, читателям предлагается самостоятельно оценить свои знания.

В тест-таблице приводятся 10 вопросов для оценки знаний о венерических болезнях, контроля поведения в быту и в интимной жизни. Каждый вопрос снабжен несколькими вариантами высказываний. Читателю предлагается отметить в таблице, какие из них кажутся ему правильными (в графе «Да»), а какие неверными (в графе «Нет»). Оценить правильность ответов на вопросы можно, сверившись с контрольной графой, помещенной отдельно.

Всего правильных вариантов ответов 26. Тот, кто выбрал все из них, хорошо осведомлен об основных особенностях профилактики венерических заболеваний. Тем же, кто ошибся и не раз, стоит внимательнее прочесть соответствующие разделы нашего выпуска и рекомендованную литературу.

● ● ●

Контрольная графа к тест-таблице

	Номер вопроса									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Правильные ответы	III	II	I IV V VII	IV V VII	IV V VII VIII	II III V	I III V VII	I II III	IV	II IV

ЧИТАТЕЛЮ НА ЗАМЕТКУ

Вокруг «великой обезьяны»

В последние десятилетия рост числа случаев заболеваемости сифилисом без клинических проявлений наблюдается во всех странах мира. В этой связи появляется особая необходимость в специфических серологических тестах, позволяющих в значительном числе случаев исключить ложноположительные результаты. Сложны в постановке и требуют специальной аппаратуры зарекомендовавшие себя методики — реакции иммобилизации бледных трепонем и иммунофлюоресценции, используемые в нашей стране, считают специалисты. Лабораторная диагностика нуждается в дальнейшем совершенствовании.

Разработаны методики постановки реакции иммуноферментного анализа на твердофазном носителе (ИФА) и реакции пассивной гемагглютинации с ингредиентами и материалами отечественного производства. Это позволяет унифицировать исследования, повысить качество и расширить специфическую серодиагностику. С 1986 года предприятие «Антиген» выпускает *«Тест-систему иммуноферментную для серодиагностики сифилиса»*. Предназначена она для специфической серодиагностики, а при внедрении автоматизации ее предполагается использовать для профилактического освидетельствования больших групп обследуемых.

* * *

Специалисты здравоохранения считают: необходимо всячески развеивать миф о легкости лечения и излечиваемости от сифилиса и гонореи. Терапия эффективна лишь при многих условиях, о которых может судить только врач-венеролог.

Критериями излечения, позволяющими снять пациента с диспансерного учета, служат следующие показатели: качество проведенного лечения и его соответствие действующей инструкции, данные клинического и рентгенологического обследований, результаты лабораторных исследований.

Сроки клинико-серологического наблюдения по окончании полноценного лечения больных первичным серонегативным сифилисом составляют 1 год, первичным серопозитивным и вторичным свежим — 3 года, а вторичным рецидивным, скрытым, третичным, врожденным — 5 лет, наконец, поздним висцеральным и нейросифилисом — 10 лет.

Превентивное лечение проводят тем, кто имел половую связь или тесный бытовой контакт с больным ранними стадиями сифилиса, если с момента контакта прошло не более четырех месяцев. Разработан профилактический курс для детей длительностью от 14 до 30 дней.

Регистрируемый низкий уровень заболеваемости венерическими болезнями — не повод для успокоенности. Сифилис и гонорея — это инфекционные болезни, и согласно законам общей эпидемиологии, заболеваемость может накапливаться и достигать той критической черты, выше которой наступает ее интенсивный рост — вспышка эпидемии. Нарушение же достигнутого равновесия между противоэпидемическими мероприятиями и уровнем скрытой и явной заболеваемости ведет к ее резкому подъему. И это может произойти, если выпадет хотя бы одно звено в комплексе мер по борьбе с венерическими болезнями.

* * *

Специалисты отмечают ныне стойкую тенденцию к сочетанию нескольких инфекций мочеполового тракта, учащению случаев вялотекущих и стертых форм заболеваний. А это предъявило повышенные требования к лабораторной диагностике. Наиболее широко в диагностике этих заболеваний используют бактериоскопический метод исследования, недостаточно чувствительным при хронических и торпидно протекающих формах заболеваний. И хотя в последние годы значительно расширилась бактериологическая диагностика, существующая система лабораторных исследований, по мнению специалистов, не обеспечивает достаточно полного выявления таких больных. Оптимальными являются высокочувствительные и простые отборочные тесты. Сообщается, что разработана методика постановки внутрикожной пробы с аллергенами гонококка и влагалищной трихомонады.

* * *

Во многих регионах мира все шире распространяются штаммы гонококка, продуцирующего фермент (*бета-лактамазу*), инактивирующий пенициллин. Контроль за их распространением приобретает в настоящее время большое эпидемиологическое значение. По экспертной оценке Всемирной организации здравоохранения, гонококковая инфекция и ее осложнения относятся к наиболее часто встречающимся болезням, представляющим серьезную опасность для населения.

Для лечения появившихся теперь боль-

ных, зараженных бета-лактамазопродуцирующими штаммами гонококка, созданы специальные схемы с применением полусинтетических цефалоспоринов.

При вялотекущих формах болезни, для активации фагоцитарной защиты организма длительное время применяют иммуностимуляторы — пирогенал, продигиозан, гоновакцину, хотя использование их не всегда дает желаемый результат. Значительно стимулирует фагоцитарный компонент иммунной защиты организма, резко повышает кислородную емкость крови и улучшает микроциркуляцию в очаге воспаления метод лечения с помощью ренифузии малых доз аутокрови, подвергнутых ультрафиолетовому облучению (РУФОСК). Созданы и апробированы отечественные аппараты для ультрафиолетового облучения крови. Высокая эффективность РУФОСК, его простота делают метод перспективным для лечения гонорейного поражения органов мочеполового тракта, особенно в тех случаях, когда общепринятые способы недостаточны.

* * *

Специалисты устанавливают излеченность гонореи с помощью клинического, бактериоскопического и бактериологического исследований. Чтобы выявить инфекцию в скрытых очагах, после лечения проводят провокации — химическую, механическую, биологическую, алиментарную, а у женщин берут также мазки во время менструаций.

Контрольные исследования у мужчин проводят дважды — через 7—10 дней и через 1,5 месяца после окончания лечения. У женщин первый контроль назначают через 7—10 дней, а затем в течение двух менструальных циклов. Критерий излеченности — стойкое отсутствие гонококков при бактериоскопическом и бактериологическом обследованиях, а также отсутствие изменений со стороны внутренних половых органов, подтверждаемое пальпацией.

* * *

Негонококковые урогенитальные инфекции, вызываемые хламидиями и уреаплазмой и передающиеся половым путем, отличаются от гонококковой инфекции по своей клинической картине, главным образом, меньшей остротой воспаления, но большей частотой осложнений и устойчивостью (резистентностью) к противогонорейным препаратам. Особенности — бессимптомная и малосимптомная формы, торпидное течение, многоочаговость поражений и наличие микробиых ассоциаций.

Излечение от хламидийной инфекции проверяется путем бактериологического исследования через месяц-полтора после лечения. Контрольные исследования при лечении таких микоплазменных инфекций назначают через 14 и 30 дней после окончания терапии.

* * *

Урогенитальный хламидиоз объединяет более 20 клинических синдромов и патологических состояний, в том числе негонококковый уретрит, постгонококковый уретрит, проктит, сальпингит, перигепатит, фарингеальную инфекцию, пневмонию, отит, вульвовагинит и другие. Наиболее часто инфицируется хламидиями шейка матки, отсюда процесс распространяется в уретру.

Другие возбудители — уреаплазмы — являются основным инфекционным агентом в развитии постгонококковых уретритов. Так же часто, как и хламидии, они вызывают негонококковые уретриты, сальпингиты, кольпиты эндоцервиты, преждевременные роды, выкидыши, мертворождения. Возбудители эти выделены при сепсисе, абсцессе мозга. Обсуждается их роль при развитии гломерулонефрита, циститов, простатитов и т. д. В патологии беременности они играют существенную роль.

* * *

Постоянно ведутся поиски лекарственных средств, губительно действующих на влагалищные трихомонады. Имеются два варианта лечения больных трихомонозом: однократное введение лекарственного средства и удлиненный курс, рассчитанный на несколько дней. В настоящее время предложен комплексный способ лечения: протеолитические ферменты (трипсин, химотрипсин) сочетаются с трихополом или тинидазолом. Пятидневный курс обладает высокой терапевтической эффективностью, сокращает сроки лечения и число рецидивов. При местной терапии необходимо учитывать стадию воспалительного процесса.

Из новых средств местного применения используют комбинированный препарат противотрихомонадного и противогрибкового действия «Клион-Д», содержащий метронидазол и нитрат миконазола. При хронических и торпидных формах болезни назначают неспецифическую иммунотерапию, биогенные стимуляторы и витаминотерапию.

(По материалам «Медицинской газеты» от 16 декабря 1987 г. Публикуется в изложении.)

* * *

Извлечение из Основ уголовного законодательства Союза ССР и союзных республик (утвержденных Законом СССР от 25 декабря 1958 года с последующими изменениями и дополнениями).

Статья 12. **Ответственность за преступление, совершенное в состоянии опьянения.**

Лицо, совершившее преступление в состоянии опьянения, не освобождается от уголовной ответственности.

Статья 23^{2}. **Условное осуждение к лишению свободы с обязательным привлечением осужденного к труду**

Условное осуждение к лишению свободы с обязательным привлечением осужденного к труду не применяется:

2) к лицам, к которым наряду с наказанием за совершенное преступление назначаются меры принудительного лечения от алкоголизма или наркомании, а также не прошедшим полного курса лечения венерического заболевания.

(Ведомости Верховного Совета СССР, 1959, № 1, с. 6).

* * *

Из Указа Президиума Верховного Совета СССР от 16 мая 1985 года «Об усилении борьбы с пьянством» (Ведомости Верховного Совета СССР, 1985, № 21, с. 369).

2. Распитие спиртных напитков на производстве (на рабочих местах, в помещениях и на территории предприятий, учреждений, организаций) или пребывание на работе в нетрезвом состоянии влечет наложение административного взыскания в виде штрафа в размере от 30 до 50 руб.

Мастера, начальники участков, смен, цехов, другие руководители, участвовавшие в распитии с подчиненными им работниками спиртных напитков на производстве или не принявшие мер к отстранению от работы лиц, находящихся в нетрезвом состоянии, либо скрывшие случаи распития спиртных напитков или появления на работе в нетрезвом состоянии подчиненных им работников, подвергаются административному взысканию в виде штрафа в размере от 50 до 100 руб.

К лицам, совершившим правонарушения, предусмотренные настоящей статьей, наряду с наложением на них административного взыскания могут быть применены также и меры дисциплинарного взыскания.

4. Приобретение самогона, чачи, араки, браги, тутовой водки и других крепких спиртных напитков домашней выработки влечет наложение административного взыскания в виде штрафа в размере от 30 до 100 руб.

5. Нарушение работниками торговых предприятий и предприятий общественного питания правил торговли водкой и другими спиртными напитками влечет административное взыскание в виде штрафа в размере от 50 до 100 руб.

7. Скупка и перепродажа с целью наживы в небольших размерах водки и других спиртных напитков, а равно товаров народного потребления и продуктов сельского хозяйства, кассовых и товарных чеков и талонов, билетов в зрелищные и другие предприятия, книг, нот, грампластинок, магнитофонных, видеофонных кассет и иных ценностей, если размер наживы не превышает 30 руб., влечет наложение административного взыскания в виде штрафа в размере от 50 до 100 руб. с конфискацией предметов спекуляции.

Дела о правонарушениях, предусмотренных настоящей статьей, рассматриваются народным судьей единолично в порядке, предусмотренном законодательством союзных республик.

* * *

Извлечение из постановления Президиума Верховного Совета СССР от 30 сентября 1985 года «О порядке применения Указа Президиума Верховного Совета СССР «Об усилении борьбы с пьянством» (Ведомости Верховного Совета СССР, 1985, № 41, с. 777).

4. К крепким спиртным напиткам домашней выработки, кроме перечисленных в ст. 3 и 4 Указа, относятся также и иные спиртные напитки, выработанные путем отделения перегонкой или другим способом алкогольной массы от продуктов брожения зерна, картофеля, свеклы, винограда, сахара и других продуктов. Не относятся к крепким спиртным напиткам вина, пиво, квасы и другие напитки, изготовленные домашним способом посредством только естественного брожения.

7. Разъяснить, что под появлением в общественных местах в пьяном виде, оскорбляющем человеческое достоинство и общественную нравственность (ст. 1. Указа), следует понимать такое поведение лица, находящегося в состоянии опьянения, которое представляет собой явное нарушение общепризнанных норм (непристойные высказывания или жесты, грубые выкрики, назойливое приставание к гражданам и т. п.), если такие действия в соответствии с законодательством не влекут ответственность за мелкое хулиганство.

(«Законодательство по борьбе с пьянством и алкоголизмом».— М.: Юридич. лит., 1985)

* * *

О психологии восприятия антиалкогольной пропаганды

Пропаганда здорового, трезвого, образа жизни не сводима к демонстрации лишь того, что может потерять, пропить человек. В особенности, когда речь идет о пагубном влиянии алкоголя на здоровье, эффект подобной пропаганды чаще всего может оказаться ничтожным. Сейчас нет недостатка в научно-медицинской аргументации отрицательных последствий потребления алкоголя, так что при необходимости всегда можно извлечь из популярной литературы нужную информацию. В брошюрах и просветительных беседах красочно описываются и показываются последствия воздействия алкоголя на мозг, печень, сердце, желудок, на весь организм человека. В чем же причины малоэффективности воздействия популярной медицинской информации на сознание пьющих людей?

По мнению, например, авторов вышедшей в 1987 году в издательстве «Наука» (Новосибирск) монографии «Личность и алкоголь» Цезаря Петровича Короленко и Владимира Юрьевича Завьялова, важно учитывать следующие психологические причины.

Во-первых, если здоровье не является для кого-либо осознаваемой ценностью, условием для осуществления жизненных планов и достижения выбранных целей, то сохранять его, отказывая себе в сиюминутных удовольствиях, человек не будет. Ведь это лишено для него конкретного смысла. Многие из тех, кто упорно не желает расстаться с алкогольными «радостями», рассуждают примерно так: на что, мол, идеальное здоровье в неинтересной, скучной жизни, когда ничего нельзя себе позволить. Чтобы информация о пагубном влиянии алкоголя оказала эффективное воздействие, человек должен очень серьезно относиться к своему здоровью, дорожить им.

Во-вторых, жизненный опыт подсказывает людям, что пагубные последствия алкоголя на здоровье проявляются чаще не сразу после принятия спиртных напитков, а только спустя какое-то время — в кажущемся им отдаленном будущем. Поэтому только тот человек, у которого имеется мысленно очерченная жизненная перспектива, важные жизненные планы, может задуматься о том, что будет означать для его будущего пренебрежение своим здоровьем в настоящем. А лица, склонные к злоупотреблению алкоголем, обычно живут настоящим.

В-третьих, для большинства людей такие понятия, как сердце (в анатомическом смысле) или печень, почки, мозг, а тем более цирроз печени или алкогольные кардиопатия, полиневрит, панкреатит, всего лишь абстракции, если они серьезно никогда не болели, а о состоянии своего здоровья лишь догадываются по самочувствию и ощущениям, не привыкли рассуждать, мыслить. Во многих случаях только собственный личный опыт отравления, переживания дискомфорта после выпивки учит избегать алкоголя.

Правильно оценивать и принимать на вооружение информацию о негативных последствиях потребления алкоголя на здоровье может только зрелая личность, для которой здоровье и нормальное физическое и психологическое благополучие являются непременным условием для избранной деятельности. Вопрос о здоровье важно ставить, согласно В. Казначееву, следующим образом: «Здоровье для чего?» Ответ на этот вопрос и выявляет тот необходимый уровень качества и количества здоровья, который удовлетворяет требованиям той или иной определенной деятельности, целям и задачам развития личности.

Только мобилизация всех творческих сил человека, его физической и душевной энергии потребует от него усилий на сохранение здоровья, побудит избегать неоправданных воздействий на организм тех или иных вредных факторов, в том числе и алкоголя.

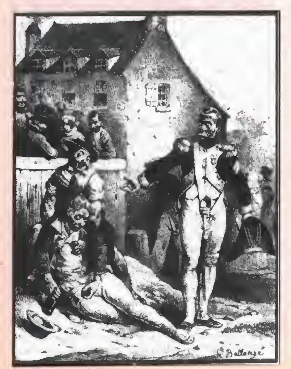
Что касается людей, не включенных в жизненную, значимую социальную деятельность, требующую творческой отдачи, значительной физической, морально-волевой и психической активности, они будут глухи к разумным доводам о вреде злоупотребления спиртными напитками. Знания такого рода останутся для таких людей «мертвым капиталом» либо в виде искаженной информации о вреде спиртного. Особенно это касается детей и подростков, которые только начинают выбирать для себя подходящую деятельность, тех, кто еще только ищет, чем заняться в жизни. Поэтому безотносительно, без указания для какой именно деятельности, профессии употребление спиртного является тормозом в развитии и как оно проявляется конкретно, информация о вреде алкоголя для здоровья не будет иметь достаточного воспитательного значения.

В антиалкогольной пропаганде необходимо показывать, что спивается (по выражению Б. Братуся и П. Сидорова) не сам по себе организм, а человек. Важно раскрыть суть формирования алкогольной зависимости, особенно на самых ранних его этапах, социально-психологические, внешние и внутренние психологические условия развития пристрастия к спиртному, социальные и психологические последствия бесконтрольного его потребления, являющиеся своеобразными ве-

хами на пути к алкоголизации человека. Такое содержание антиалкогольной пропаганды, считают Ц. Короленко и В. Завьялов, более обоснованно с психологической точки зрения, чем разъяснение медицинских последствий алкоголизма само по себе.

Не помогают, а, наоборот, препятствуют формированию у населения разумного отношения к спиртному чрезмерные нравоучения. Это относится и к двусмысленности употребления термина «алкоголик»: с одной стороны, так говорят о человеке с признаками алкогольной болезни, а с другой, имеют в виду опустившегося, пьянствующего человека. Более того, антиалкогольная пропаганда, сосредоточенная на самом алкоголе, может иметь и нежелательные побочные эффекты — фиксацию сознания человека на его потреблении и проблемах, связанных с этим, отмечается в монографии «Личность и алкоголь».

Даже когда речь идет о пропаганде здорового образа жизни, часто в качестве аргументации приводятся доказательства пагубного действия алкоголя. А ведь многообразие полноценной и здоровой жизни человека нельзя искусственно сужать до проблемы вредных привычек: есть они — значит образ жизни нездоровый. Всегда ли образ жизни человека является здоровым, если нет вредных привычек?



Отрицательное отношение общества к алкоголикам отражается в широко бытующем представлении о «настоящем алкоголике» как о человеке «пропащем», «конченном», «стоящем одной ногой в могиле», «неудачнике», «слабом и безвольном», при этом внешними атрибутами его образа считаются такие признаки, как красный, опухший (иногда синий) нос, бессмысленное выражение лица, обычно небритого, неряшливость в одежде («подзаборный пьяница») и т. п.

Особенно популярен такой образ алкоголика в плакатных формах антиалкогольной пропаганды, подчеркивается в монографии «Личность и алкоголь». Привычный стереотип — образ карикатурного «забулдыги» с утрированно сизым носом и опухшим лицом, неряшливо одетого, с обязательными атрибутами социального падения (бутылка, грязь, запустение жилища, даже могила) — кочует на стендах наглядной агитации, то и дело появляется в санпросветбюллетенях, на страницах популярных изданий, в иллюстрациях.

Конечно, стереотипный образ «настоящего алкоголика» включает в себя признаки наиболее тяжелой, далеко зашедшей стадии алкоголизма, в которой происходит распад личности, потеря социальных связей, деморализация человека. Однако вне стадии тяжелого опьянения или похмелья больные алкоголизмом — обычные люди, живущие среди нас.

В реальности узнавание самого себя в образе «настоящего алкоголика» не происходит ни у больных алкоголизмом, ни тем более у пьяниц с еще не сформировавшимся болезненным пристрастием: слишком велика психологическая дистанция между собственным «я» и культивируемым в обыденном сознании образом алкоголика. И это наносит ущерб правильному восприятию опасности пьянства в самом его зародыше. Утрированный образ личности алкоголика не затрагивает существа опасности большинства форм злоупотребления спиртным, начальных проявлений болезни, а во многих случаях служит прецедентом для «самозащиты» пьяниц, часто доказывающих окружающим якобы очевидную свою несхожесть с «настоящими алкоголиками».

● ● ●

СТРАТЕГИЯ ПРОФИЛАКТИКИ

О ПСИХОПРОФИЛАКТИКЕ СУПРУЖЕСКИХ ИЗМЕН

Расторжение браков во многом связано не столько с социально-бытовыми факторами при формировании и становлении молодых семей, сколько с психологической стороной, с неумением разрешать создающиеся на первых порах мелкие конфликтные ситуации. Расторжение брака — крайняя степень психологической дезадаптации супругов, часто переходящая в психоневротическую дезадаптацию с развитием функциональных расстройств нервной системы — неврозов.

Постепенно раскрывающееся различие их интересов является трудно переживаемой дисгармонией супружеских взаимоотношений. Так, один из супругов, обратившийся за помощью к сексопатологу, заявил: *«И она еще утверждает, что любит меня! А не хочет бороться со своими недостатками, стать лучше, противится моим полезным советам и предложениям. Ну как это можно назвать любовью?»*

Постоянное недовольство друг другом постепенно углубляет отчуждение и омрачает чувство одного из супругов — так наступает утрата духовного контакта.

В особенности потеря доверия в отношении верности одного из супругов вызывает дисгармонию семейных отношений, конфликты с проявлениями агрессивности одной из сторон. У женщин потеря доверия к мужу может приводить к тяжелым невротическим расстройствам даже в тех случаях, когда конфликт, казалось бы, улажен. Особенно тяжело переживается явная измена мужа или жены.

Вот банальный пример. Жена собралась уехать к матери. Однако через час возвращается в квартиру в связи с тем, что забыла нужную вещь. В это время в квартире уже другая женщина. Наступивший невротический срыв был купирован психотерапевтически. Брак не был расторгнут (в семье было двое детей), но сохранность семьи осталась чисто формальной. Выход из подобных ситуаций обычно происходит как бы с образованием «рубца», то есть остается надломленное чувство, лишенное той беззаветности, которое характеризовало отношение любящего супруга.

Риск подобного поведения, влекущего за собой расторжение брака, *приходится на определенные кризисные этапы развития и становления семьи.* Этапы эти обычно типичны для многих супружеских пар.

На первом году супружеской жизни возникает первый и наиболее частый кризисный этап, приводящий к расторжению брака. До вступления в брак будущие супруги идеализировали друг друга, стараясь приукрасить себя, скрывая недостатки в своем характере и стараясь не замечать недостатки объекта своего влечения. Но уже быт молодой семьи, присущие ему трудности вынуждают по-новому узнать друг друга. Иногда это проявляется в форме борьбы за главенствующую роль в семье. *«Борьба за власть»* начинается перевоспитанием друг друга. В этой ситуации нередко прибегают к помощи родственников или союзников по полу, бывших друзей с добрачного периода.

Ситуация обычно излагается каждым супругом по-своему, субъективно, односторонне. Советы же родственников и близких сводятся к тому, как *«наказать»*, *«проучить»* одну из сторон. Конфликт от исполнения таких советов еще больше усугубляется и заканчивается расторжением еще не устоявшегося брака. До 20 % таких разводов происходит в первые полтора года совместной семейной жизни.

Надо учесть, что подобные конфликты происходят, как правило, между значимыми, любящими друг друга людьми. И посторонние советы могут только обострять ситуацию, если они исходят от несведущих. Важно то обстоятельство, что во время этих конфликтов идет становление собственных норм супружеской жизни, без посторонней помощи и подсказок. До вступления в брак каждый из супругов знал об этих нормах по-своему, например по супружеским взаимоотношениям в родительской семье. Но ведь и нормы родительских семей часто очень не похожи у обоих супругов, а стремление каждой из сторон развивать свои взаимоотношения по образцу *«папы и мамы»* в таком случае не приведут к супружеской психологической гармонии.

В этот период у некоторых молодых супругов может начаться злоупотребление алкоголем: *был холостяк — не пил, женился — стал пьянствовать.* Такие выражения нам приходится слышать от больных алкоголизмом нередко. Приемом алкоголя супруг начинает снимать психический дискомфорт, вызванный семейным конфликтом. Эпизодическое злоупотребление алкоголем перерастает в привычное пьянство, а далее и в заболевание — хронический алкоголизм, когда без врачебного вмешательства уже нельзя вернуться в нормальное физиологическое состояние. Появляется замкнутый круг: семейный конфликт приводит к развитию пьянства, алкоголизм же ведет к семейным конфликтам. Так появляется почва для супружеских измен и разводов.

Профилактика семейных конфликтов на этом кризисном этапе заключается в том,

что родители должны задолго до брака подготавливать своих детей психологически к возможным неурядицам на первых этапах становления молодой семьи. Да и молодые люди заранее должны знать о возможности развития подобных конфликтов в самом начале семейной жизни и быть готовыми к разрешению их разумными средствами, чтобы не довести отношения до разрыва. При развившемся же конфликте важно выждать время, и если оба супруга представляют собой нормальных психически людей, то супружеские взаимоотношения, надо думать, вскоре придут в норму без всякого вмешательства со стороны родственников.

Молодых людей, вступающих в брак и даже состоящих уже в браке, надо вооружить некоторыми **правилами поведения в конфликтной ситуации** на первом этапе семейной жизни.

Во-первых, во всяком споре давать высказываться противоположной стороне. Обычно в конфликтных ситуациях двое спорящих не ведут диалог между собой. Их спор представляет собой два монолога, где каждый приводит только свои аргументы, полезные ему. И надо постараться выслушать противоположную сторону, понять ее.

Всякий эффект, отрицательные эмоции притягивают к себе все худшее: всплывают воспоминания даже о давно забытых конфликтах, нагромождается злобность. В этом отношении каждому из супругов полезен психологический тренинг, постижение навыков самообладания.

Во-вторых, в любом споре нельзя черпать аргументы из прошлого, так как каждая сторона извлекает из него лишь то, что выгодно ей в данный момент и с единственной целью — доказать свою правоту.

В-третьих, в конфликте не стоит затрагивать значимые ценности супруга (супруги), особенно родителей. Плохие высказывания о его (ее) родителях и при нормальном эмоциональном состоянии могут приводить к конфликтам.

На первом этапе становления семьи *может возникнуть и другой вариант кризисной ситуации.* Он развивается тогда, когда молодая семья не выделяется из родительской семьи. Молодой мужчина приводит домой жену, и семья начинает жить вместе с родителями мужа.

Чаще это случается у мужчин, воспитанных матерями-одиночками, а сын у такой матери — единственный. Мать и жена в таких случаях предъявляют сыну и мужу (в одном лице) противоположные требования. Муж, как говорят, находится между двух огней. Свекровь в своем поведении руководствуется неосознанной ревностью к снохе и старается в бытовых вопросах показать ей и сыну свое преимущество. Например, муж ест «приготовленное мамой», так как жена не умеет готовить.

Так изыскиваются и подчеркиваются недостатки молодой супруги как хозяйки. Жена же предъявляет супругу свои требования по бытовым вопросам, которые он тоже не в состоянии удовлетворить из-за негативного отношения к ним матери. Раздвоенность, противоречивость предъявляемых требований вызывает у мужа пассивно-оборонительную реакцию, нередко также заканчивающуюся алкоголизацией: он вдруг начинает приходить с работы пьяным.

Эта ситуация чревата развитием алкоголизации и у жены. Она пытается изолироваться от свекрови, уходит к подругам, где для снятия душевного дискомфорта тоже прибегает к выпивке в компании незамужних подруг. Изоляция от свекрови становится одновременной изоляцией и от мужа. Все это создает почву для супружеской неверности, чревато разводом.

Разрешением данной конфликтной ситуации может быть только скорейшее выделение молодых супругов из родительской семьи. Это бывает очень трудно, так как мать для молодого человека — самый близкий человек и оторваться от нее означает тем самым обидеть ее. Часто по ряду причин выделение и невозможно. И молодой муж нередко делает выбор в пользу матери, разрывая неустоявшийся брак. А при большой психологической значимости обоих молодых людей друг для друга последствием такой ситуации может стать алкоголизация.

Надо подчеркнуть, что связь с родительской семьей — это только первый этап в формировании собственной семьи. Нередко это вынужденный этап, и необходимо в этих ситуациях выждать время, которое само по себе приводит к затуханию конфликта. Создание же нормальных бытовых условий полностью восстанавливает здоровую семейную обстановку.

Вторым кризисным периодом молодой семьи является рождение первенца. Нередко уже через 7—8 месяцев после рождения ребенка супруги ожидают исполнения его годичного возраста, чтобы оформить развод юридически. Этот семейный кризис характерен для супружеских пар, где женщина до вступления в брак вела активную социальную жизнь: самодеятельность, выборная должность и т. п. Не подготовленная к уходу за маленьким ребенком, женщина устает с ним, не досыпает, становится раздражительной, несдержанной, упрекает (и часто несправедливо) во всем мужа.

Муж в этой ситуации начинает умышленно задерживаться на работе, так как обстановка в семье для него становится тяжелой, он старается пассивно уйти от конфликта. Реакция жены на эти задержки на работе еще более раздражительная. Обычно она говорит мужу обидные слова, сгущается и нарастает конфликтная ситуация, вспоминаются негативные моменты из отно-

шений периода добрачной жизни. Муж теперь вообще не хочет приходить домой, так как его ожидает очередная нервная вспышка жены. Вот почему, выпивая иногда для смелости, он приходит домой не только поздно, но и пьяным.

Жена его в нервозном состоянии, перестает следить за собой, опускается внешне. Муж начинает сравнивать ее с другими женщинами того же возраста, и результат получается не в пользу жены. Так рождается разрыв брачных отношений с большим психологическим ущербом для рожденного ребенка, воспитание которого будет в неполной семье или в будущем с отчимом.

Для разрешения подобной конфликтной ситуации необходимо, чтобы муж один-два раза в неделю отпускал молодую жену на пару часов к своим бывшим подругам, в магазин и т. п., оставаясь на это время с ребенком. Это будет стимулировать ее психологическую активность, стремление следить за своей внешностью и т. п. Надо также помнить мужу о том, что все сказанное его женой в раздражении в его адрес не есть обдуманное всерьез и должно трезво им оцениваться как результат ее нервозности. В спокойной обстановке и при соответствующем внимании со стороны мужа эти упреки не будут иметь места.

Жене же надо научиться сдерживать свои отрицательные эмоции, памятуя, что любое обидное высказывание вызывает у мужа соответствующую негативную реакцию. По мере своих сил она должна следить за своей внешностью даже при наличии маленького ребенка. Только таким образом этот кризисный период молодой семьи закончится благополучно, и семья сохранится со счастливым исходом для их ребенка.

Кризисные периоды могут возникать и на последующих этапах становления и развития семьи. **Так, третьим кризисным этапом может стать период, когда ребенок начинает ходить в школу.** Различные подходы в воспитании школьника со стороны отца и матери тоже могут создать конфликтную ситуацию, из которой дети делают неправильные выводы и используют их в своих «корыстных» неосознанных целях.

При наличии нервозности в поведении обоих супругов кризис может возникнуть и на почве даже незначительных бытовых неурядиц: различные взгляды на построение интерьера в квартире (в частности, перестановка мебели), ситуация ее ремонта и др.

Одним из серьезных кризисных моментов в семье является уход главы семьи на пенсию. Оставшись не у дел, муж начинает вникать в семейно-бытовые мелочи, которых раньше он вообще не замечал. Он начинает давать установки, как заваривать чай, как готовить пищу, как убирать квартиру и т. п. Это вызывает негативное отношение жены, возникает конфликтная ситуация, звучащая как «непризнание авторитета» главы семьи.

В подобной ситуации может развиться поздний алкоголизм пенсионера. Для разрешения данного конфликта надо найти для него увлечение определенным делом. Это может быть работа на садово-огородном участке, коллекционирование, любое другое посильное занятие, стимулирующее достижение цели.

Надо также учесть возможности возникновения в пенсионном возрасте некоторых психологических отклонений, связанных с сосудистыми и нервными расстройствами. И помочь в этом может только врач.

Кризисные периоды в семейных отношениях *могут и не заканчиваться фактическим разводом, даже при юридическом расторжении брака.* Этому нередко способствуют затруднения квартирно-бытового характера: после юридического развода муж и жена все же остаются в одной квартире. При этом одна из сторон, чаще муж, начинает эпизодически алкоголизироваться, пьянки сопровождаются нарушением норм поведения в квартире, а с хроническим алкоголизмом муж попадает на учет в районный наркологический диспансер.

Эпизодические алкогольные эксцессы могут возникать и при нормальных отношениях в семье при сексуальной дисгармонии. Муж прибегает к алкоголизации для «усиления своей потенции», что на первых порах иногда удается, так как снимается рефлекс «ожидания неудачи». Однако вскоре такие «приемы» приводят к истинной импотенции, требующей уже врачебного вмешательства. Каждая женщина должна знать, что всякое замечание в адрес «слабой потенции» мужа, даже с оттенком юмора, болезненно отражается на его сексуальном поведении, привлекает его внимание к половому акту. В силу этого он может пытаться сознательно воздействовать на этот в целом рефлекторный процесс. Деликатность даже при временных неудачах мужа после длительных командировок, болезни и т. п. является профилактическим средством в предупреждении самой частой импотенции у мужчин — психической.

Наконец, **развившийся хронический алкоголизм у одной из супружеских сторон независимо от первоначальной причины сам по себе может явиться причиной кризиса семьи.** Поэтому знание последствий даже редких алкогольных эксцессов, возможности перехода этих эпизодов в привычку пьянствовать и далее — в заболевание есть важнейший психопрофилактический момент в укреплении молодой семьи, в профилактике развития ее кризисов, супружеских измен и разводов.

Врачи М. БОНДАРЧИК и С. БОНДАРЧИК

«Вот роскоши или неосторожность. Человек находится от слабости всем убит». Народная картинка. Гравюра на меди, раскрашенная. Внизу после текста: «Печатать позволяется.— М., 1839.— Мая (12 дня.) Цензор Ф. Флеров» (Из собрания коллекционера П. Романова).

• • •

Старинные лубочные картинки представляют собой не только художественную ценность. В этом можно убедиться, познакомившись с ярким и остропублицистическим, говоря современным языком, содержанием текста гравюры, порицающим в рифмованных строчках пьянство и алкоголизм. По сути дела, это образец антиалкогольной пропаганды, рассчитанной на самые широкие слои населения, обращенной непосредственно к пьяницам. Но где начало ее истории? Как боролись с пьянством наши предки? И являлось ли пьянство на Руси древней традицией, говорилось ведь, что «питие — веселие Руси»?

КАК С ПЬЯНСТВОМ БОРОЛИСЬ НА РУСИ

Утверждения, что пьянство традиционно существовало на Руси, полностью лишены какой-либо исторической основы. О чрезмерном пьянстве нет упоминаний в древнерусских памятниках, виноградное вино вплоть до X века было известно только привозное, употреблялись в основном пиво, брага и мед — слабоалкогольные напитки. Пили медовину преимущественно во время языческих праздников, причем князья устраивали пышные пиры, а простой люд — более скромные братчины, в кругу нескольких семей, или складчины (мужчины и женщины раздельно).

Согласно апокрифическому рассказу о приеме князем Владимиром Святославовичем мусульманских послов накануне крещения Руси он якобы заявил: *«Руси есть веселие*

пити, не можем без того быти», ответив отказом на предложение сделать государственной религией ислам, запрещающий употребление спиртного. Однако подобное историческое свидетельство, по мнению профессора В. Буганова, например, не имеет под собой почвы: *«Россия в средневековье вступила трезвой»*.

В известных трудах И. Прыжова «История кабаков в России в связи с историей русского народа», «Корчма» и других также опровергается мнение о распространенности пьянства в народе. Спиртное употреблялось в основном по праздникам. *«Питейные и съестные дома»* — корчмы, хотя и появились с XI века в наиболее крупных городах, однако не были широко распространены.

Водка *(«хлебное вино»*, как говорили на Руси) появилась в южных древнерусских городах только к концу XIV века, откуда постепенно, к первой половине XVI столетия распространилась на северо-восточные области. Существуют две версии проникновения водки на Русь: по одной — ее завезли генуэзские купцы, по второй — немецкие. Первым из царей провел ряд последовательных мероприятий по монополизации винной торговли Иван Грозный, и он жестоко расправлялся со всеми, кто пытался втайне заниматься винокурением и подпольно продавал водку (корчемарил). Как отмечено во 2-й новгородской летописи, посланные им дьяки-опричные *«да заповедовали винщикам не торговати... а поимают винщика с вином или пьяного человека... велят бити кнутом, да в воду мечут с великого моста»*.

В то же самое время в царевых кабаках пьянство поощрялось. Первый царев кабак был открыт в Москве (в Замоскворечье, на Балчуге). С 1555 года они стали распространяться по всей Руси, принося царской казне огромные доходы. Насильственное введение кабаков в повседневный быт народа вызвало справедливую волну возмущений. На протяжении всего XVII века простой люд нес царю многочисленные челобитные с просьбой ограничить виноторговлю и снести кабак в той или иной местности, с жалобой на откупщиков и целовальников, которые притесняют народ, дают *«кабацкого питья в долг не по животу и промыслом»*, а пьяница в кабаке *«пьет и бражничает безобразно и зернью, и карты играет, и жену свою бьет и мучит не по закону»*.

В 1652 году последовал ряд ограничений: царь Алексей Михайлович, *«посовещавшись со всем священным собором и с бояры... со всеми думными людьми о кабаках»* запретил торговлю водкой в воскресенье, среду и пятницу, а также в рождественский и петров посты. Летом торговля разрешалась с трех часов дня и оканчивалась *«за час до вечера»*, а зимою — *«в отдачу часов денных»*. Однако, как замечал русский историк С. Соловьев, человеку грозили батоги и тюрьмы за самые невинные удовольствия, но те же батоги и тюрьмы не грозили за пьянство.

Оценивая древнерусское законодательство, известный психотерапевт профессор В. Рожнов обращает внимание на применение мер общественного воздействия, уходящих корнями в глубокую древность. В отличие от законодательства других стран, каравшего за пьянство тяжелыми увечьями и даже смертной казнью, древнерусские церковно-юридические и государственные законодательные акты отличались гуманностью. В основном они сводились к нравственно-воспитательным мерам, денежным штрафам в пользу потерпевших и казны.

Более жесткие наказания применялись к *«питухам»*, наносящим ущерб казне питьем подпольного производимого (корчемного) вина, не выплачивающим долги или же обвиненным в вероотступничестве. В одном из наказов воеводам, в 1619 году, предписывалось: *«Учинить заказ всяким людям накрепко, чтобы оприч государевых кабаков на посадах и уездах ...продажное питье ни у кого не было»*. При Алексее Михайловиче (1649 год) по Соборному уложению за употребление спиртных напитков вне кабака (в корчме) *«питуха»* в первый раз штрафовали в полполтины, во второй раз — в полтину, а в третий — в один рубль и наказывали кнутом.

Иногда запрещались так называемые *«гуляй—кабаки»* на различных многолюдных сборищах, выездная торговля спиртным на ярмарках, не продавалось вино стрельцам, не разрешалось отпускать спиртные напитки в долг более чем на гривну. Предписывалось *«запереть»* все кабаки на великий пост и на святую неделю, а остальное время продавать не более одной чарки (около 400 граммов) каждому человеку. Однако как только доходы от продажи спиртного снизились в 1659 году последовало высочайшее разъяснение: *«Питухов с кружечных дворов не отгонять»*. Было строго запрещено уводить *«питухов»* из царских кабаков, и часто случалось, что посетители все с себя пропивали (откуда, видимо, и пошло выражение *«голь кабацкая»*).

И все же основная масса народа пила лишь по большим праздникам, на ярмарках — *«набегом»*, как тогда говорили. О кабаке же в народе сложилась такая пословица: *«Кабак пропасть, тут и пропасть»*.

(Дроздов Э. С. и Зенченко Е. И. Алкоголизм: 100 вопросов и ответов.— М., 1986. Публикуется в изложении).

ББК 55.81
П 48

Рецензент: Н. Д. Ющук — доктор медицинских наук, профессор.

Покровский В. В., Плецитый А. Д.

П 48 СПИД: вопросы и ответы.— М.: Знание, 1988.— (Нар. ун-т. Факультет здоровья; № 7).

Немало слухов и небылиц рассказывается о СПИДе, болезни новой и опасной, прозванной «чумой XX века». В выпуске даются ответы на многие вопросы, волнующие сейчас людей, советы и рекомендации по профилактике заболевания. Один из авторов выпуска, ведущий прием в кабинете анонимного обследования в Москве, рассказывает об условиях, возможностях и трудностях раннего выявления болезни.

Издание рассчитано на широкий круг читателей.

(4108090000) **ББК 55.81**

ББК 55.81
С 45

Рецензент: Б. А. Беренбейн — доктор медицинских наук, профессор.

Скрипкин Ю. К. и др.

С 45 Пьянство и венерические болезни (Ю. К. Скрипкин, О. Т. Тесалова, Г. К. Грачева).— М.: Знание, 1988.— (Нар. ун-т. Факультет здоровья; № 8).

Ведущие специалисты рассказывают о болезнях, передающихся половым путем, о профилактике венерических заболеваний, о типичных случаях заражения ими в состоянии алкогольного опьянения. Даются профилактические советы и рекомендации для исключения риска заражения, а также осложнений болезни.

Издание рассчитано на широкий круг читателей.

(4108090000) **ББК 55.81**

Научно-популярное издание

Тема выпуска — ЦЕНА РИСКА: НРАВСТВЕННОСТЬ И ЗДОРОВЬЕ

Редактор АЛГУЛЬЯН Валерий Степанович

ХУДОЖНИКИ-ОФОРМИТЕЛИ: Б. АКИНФИЕВ, А. АСТРЕЦОВ, А. ГРИГОРЬЕВ, В. ДУТОВ, В. ИВАНОВ, В. КОНЮХОВ, А. ПАШКОВ, А. ПУТЯТА

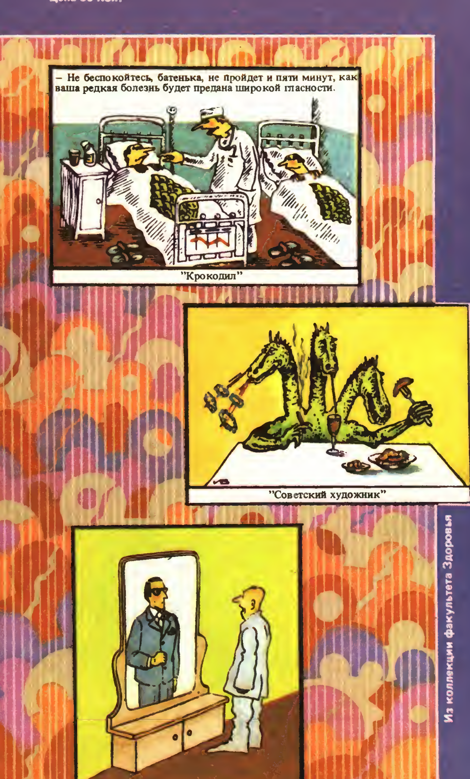
Главный отраслевой редактор *А. Нелюбов.* Мл. редактор *Л. Щербакова.* Худож. редактор *П. Храмцов.* Техн. редактор *Н. Клецкая.* Корректор *В. Гуляева.*

ИБ № 9575, 9186

Сдано в набор 19.04.88. Подписано к печати 14.05.88. А03632.
Формат бумаги 70×100 1/16. Бумага кн.-журнальная. Гарнитура литературная
Печать офсетная. Усл. печ. л. 7,80. Усл. кр.-отт. 16,25. Уч.-изд. л. 10,22. Тираж 1 326 393 экз. Заказ 932.
Цена 30 коп. Издательство «Знание». 101835, ГСП, Москва,
Центр, проезд Серова, д. 4. Индекс заказа 886307—886308.
Ордена Трудового Красного Знамени Чеховский полиграфический комбинат ВО «Союзполиграфпром»
Государственного комитета СССР по делам издательств, полиграфии и книжной торговли
142300, г. Чехов, Московской области

Цена 30 коп.

Индекс 70063



"Крокодил"

"Советский художник"

"Человек и природа"

Из коллекции факультета Здоровья